



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Enfermería**

## **Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina de un hospital público, Lima, 2017**

### **TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería**

### **AUTOR**

**Déborah Ysabel GUILLÉN LÓPEZ**

### **ASESOR**

**Edith Noemi CALIXTO DE MALCA**

**Lima, Perú**

**2018**



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Guillén D. Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina de un hospital público, Lima, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2018.

---



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)  
EN ENFERMERÍA**

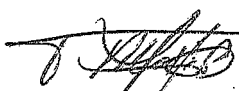
En la ciudad de Lima, a los quince días del mes de octubre del año dos mil dieciocho y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 113 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 03013-R-2016), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada **"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO, LIMA, 2017"**, sustentada por la Bachiller en Enfermería:


**DÉBORAH YSABEL GUILLÉN LÓPEZ**


para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

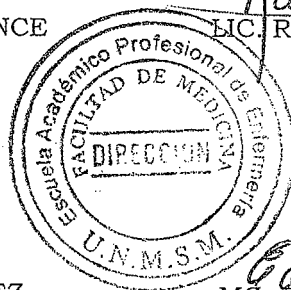
**18 (DIECIOCHO)**


Lo que se da fe:

  
DRA. RUDI AMALIA LOLI PONCE  
Presidenta

  
LIC. ROSA AIDE CASQUERO NAVARRO  
Miembro

  
LIC. ROSA ALBINA VELÁSQUEZ  
PERALES  
Miembro



  
MG. EDITH NOEMI CALIXTO DE MALCA  
Asesor (a)

RALP/vgd

Av. Grau 755 – Lima 1 – Apartado Postal 529 – Lima 100 – Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619  
Web: [www.unmsm.edu.pe/medicina](http://www.unmsm.edu.pe/medicina) - E-mail de la Escuela de Enfermería:  
[epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe](mailto:epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe)

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO  
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL, EN  
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL  
PÚBLICO, LIMA, 2017**

Agradezco a Dios por haberme ayudado en esta nueva experiencia de mi vida, por estar a mi lado en todo momento dándome la sapiencia necesaria para aportar un nuevo conocimiento a la humanidad.

Agradezco a mi madre por ayudarme a seguir adelante, por ayudarme a levantarme cuando he caído, por ser siempre un apoyo para mí y estar a mi lado brindándome palabras de aliento, gracias por ayudarme a cumplir mis sueños y motivarme a ser mejor persona.

Agradezco a mi asesora la Mg. Edith Noemi Calixto de Malca, por ser una gran docente y haberme brindado sus conocimientos y orientarme en todo momento con paciencia y dedicación para cumplir junto a ella el logro de ser una profesional.

Agradezco a Mg. Carmen del Rosario Pascual Serna por su apoyo en el proceso de recojo de datos, por sus palabras de aliento y la confianza brindada.

Agradezco todos aquellos que me brindaron su amistad a lo largo de mi carrera, por estar es los momentos de alegría en el transcurso de estos 5 años y por el apoyo incondicional para lograr terminar este trabajo.

Agradezco al HNMD facilidades que me otorgaron para la realización de la presente investigación.

## INDICE

INDICE DE GRAFICOS .....	viii
--------------------------	------

RESUMEN .....	x
---------------	---

SUMMARY .....	xi
---------------	----

## PRESENTACIÓN

### CAPITULO I : EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema, delimitación y formulación. ....	3
---	---

1.2. Formulación de objetivos.....	9
------------------------------------	---

1.2.1. Objetivo general.....	9
------------------------------	---

1.2.2. Objetivos específicos .....	9
------------------------------------	---

1.3. Justificación de la investigación.....	10
---	----

1.4. Limitaciones del estudio .....	11
-------------------------------------	----

### 2. CAPITULO II: BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS

2.1. Marco teórico.....	12
-------------------------	----

2.1.1. Antecedentes del estudio.....	12
--------------------------------------	----

2.1.2. Base teórica conceptual.....	17
-------------------------------------	----

a. Cuidados paliativos.....	17
-----------------------------	----

a.1. Cuidados paliativos en la dimensión física.....	19
--	----

a.2. Cuidados paliativos en la dimensión psicoemocional....	29
---	----

a.3. Cuidados paliativos en la dimensión social .....	32
---	----

a.4. Cuidados paliativos en la dimensión espiritual.....	34
--	----

a.5. Principios en cuidados paliativos .....	36
--	----

b. Enfermedad terminal .....	37
------------------------------	----

b.1. Características de la enfermedad terminal.....	38
---	----

b.2. Paciente terminal.....	39
-----------------------------	----



b.2.1. Principales necesidades del paciente con enfermedad terminal .....	40
b.2.1.1. Necesidades físicas del paciente con enfermedad terminal .....	40
b.2.1.2. Necesidades psicoemocionales del paciente con enfermedad terminal .....	45
b.2.1.3. Necesidades sociales del paciente con enfermedad terminal .....	50
b.2.1.4. Necesidades espirituales del paciente con enfermedad terminal .....	53
c. Teoría del final tranquilo de la vida .....	55
d. Rol de enfermería en cuidados paliativos .....	57
e. Generalidades sobre Conocimientos y Actitudes .....	60
2.1.3. Definición operacional de términos .....	69
2.1.4. Variables .....	70
2.2. Diseño metodológico .....	70
2.2.1. Tipo de investigación .....	70
2.2.2. Descripción del área de estudio .....	70
2.2.3. Población .....	71
2.2.4. Muestra. Muestreo .....	71
2.2.5. Criterios de inclusión .....	72
2.2.6. Criterios de exclusión .....	72
2.2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	72
2.2.8. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos ....	73
2.2.9. Validez y confiabilidad de los instrumentos .....	75

2.2.10. Consideraciones éticas .....	75
<b>3. CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
3.1. Resultados .....	77
3.1.1. Datos generales.....	77
3.1.2. Datos específicos.....	77
3.2. Discusión.....	84
<b>4. CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
4.1. Conclusiones.....	94
4.2. Recomendaciones.....	95
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>

## INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO Nº		Pág.
1	Conocimientos sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo, Lima – Perú. 2017	78
2	Conocimientos sobre la dimensión física del cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo, Lima – Perú. 2017	79
3	Conocimientos sobre la dimensión psicoemocional del cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo, Lima – Perú. 2017	80
4	Conocimientos sobre dimensión social del cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo, Lima – Perú. 2017	81
5	Conocimientos sobre dimensión espiritual del cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo, Lima – Perú. 2017	82
6	Actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de	83

medicina del hospital nacional dos de mayo, Lima –  
Perú. 2017

## **RESUMEN**

**Objetivo.** El estudio tuvo como objetivo determinar los conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, 2017.

**Material y Método.** El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por un total de 55 enfermeras que laboran en los servicios de medicina y que reunieron los criterios de inclusión y exclusión. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y se aplicó mediante un instrumento: un cuestionario elaborado con 18 preguntas, de opción múltiple para medir conocimientos y también se empleó la escala tipo Lickert, con 18 ítems para medir las actitudes.

**Resultados.** Con respecto al conocimiento y las actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina se aprecia que del 100% (55) profesionales de enfermería, 73% (40) conocen sobre cuidado paliativo, el 52% (29) tienen una actitud de indiferencia hacia el cuidado paliativo en pacientes terminales.

**Conclusiones.** La mayoría de enfermeras del servicio de medicina conocen sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal sin embargo las actitudes hacia los cuidados paliativos son de indiferencia.

**PALABRAS CLAVES:** PACIENTE TERMINAL, CUIDADOS PALIATIVOS, CONOCIMIENTO, ACTITUD.

## SUMMARY

**Objective.** The objective of the study was to determine the knowledge and attitudes towards palliative care in patients with terminal illness, in nurses of the Medicine Service of the National Hospital Dos de Mayo, Lima, 2017.

**Material and method.** The study was of quantitative approach, application level, descriptive type of cross section. The sample consisted of a total of 55 nurses who worked in the medical services that met the inclusion and exclusion criteria. The technique of data collection was the survey and an instrument was applied: a questionnaire prepared with 18 questions, a multiple option to measure knowledge and also the escalation of the type of Lickert, with 18 articles to measure attitudes.

**Results.** With respect to knowledge and attitudes towards palliative care in patients with terminal illness, in nurses of the medical service it can be seen that of 100% (55) nursing professionals, 73% (40) know about palliative care, 52% (29) have an attitude of indifference toward palliative care in terminally ill patients.

**Conclusions.** The majority of nurses in the medical service know about palliative care in patients with terminal illness; however, attitudes towards palliative care are indifferent..

**KEYWORDS:** TERMINAL PATIENT, PALLIATIVE CARE, KNOWLEDGE, ATTITUDE.

## **PRESENTACIÓN**

A lo largo del ejercicio profesional la enfermera enfrenta diversas situaciones, entre ellas la atención a pacientes con enfermedad terminal con cercanía a la muerte para lo cual se espera que esté preparada para enfrentar este proceso normal de la vida inherente a la condición humana.

Enfrentar el proceso de transito de la vida a la muerte puede generar diversas actitudes de aceptación y rechazo, de las cuales dependerá el cuidado que se brinde al paciente y a su familia considerando la parte física, emocional, espiritual y social de la persona, brindando un cuidado integral y de calidad que le proporcione bienestar y le ayude a aceptar este proceso como un suceso inevitable, para ello es muy importante contar con el conocimiento que permitirá mejorar la calidad de vida del paciente terminal el cual necesita un cuidado más especializado.

El presente estudio titulado “Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina de un hospital público, Lima, 2017” tuvo como objetivo determinar los conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina de un hospital público.

Con el propósito de proporcionar evidencias objetivas a las autoridades competentes acerca del conocimiento y actitudes de las enfermeras que brindan cuidados a pacientes con enfermedad terminal a fin de que les permita mejorar la calidad de atención brindada a estos pacientes.

Esta investigación consta de las siguientes partes, Capítulo I: El problema, en el cual se presenta el planteamiento, delimitación y formulación del problema, la formulación de objetivos y la justificación del proyecto de investigación; Capítulo II: Bases teóricas y

metodológicas: en el cual encontraremos los antecedentes, la base teórica, la definición operacional de términos, así como la formulación de hipótesis y la variable, además del diseño metodológico; el Capítulo III: Resultados y Discusión, Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas utilizadas y los respectivos anexos.



## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN.**

La esencia de la enfermería es el cuidado humano, el cual se centra en la persona y se brinda de manera individual estableciéndose una relación de ayuda entre dos seres: el cuidador (enfermera) y el ser cuidado (paciente), en cuyo proceso la enfermera considera a su paciente como un ser único que engloba diversas dimensiones, necesitando de un cuidado holístico en cualquier situación de la vida<sup>1</sup>.

Su finalidad actuar de forma eficaz y comprometida, garantizando el bienestar físico, emocional, social y espiritual de la persona mejorando así su calidad de vida<sup>2</sup>. Sin embargo, existen situaciones en el quehacer del profesional de enfermería, como lo es la muerte o la cercanía a ella, donde algunas veces olvidan que el cuidado es la esencia de nuestra profesión e que involucra el respeto a la vida<sup>3</sup>.

Actualmente la medicina a experimentado un desarrollo científico-técnico, esto sin duda, ha supuesto una mejora en las condiciones de vida de las personas y en la capacidad de prolongar la vida hasta límites insospechados, a su vez existe un progresivo aumento de la esperanza de vida y un envejecimiento de la población, como consecuencia se tienen una mayor saturación de hospitales con pacientes en edad adulta que por lo general sufren de enfermedades crónicas degenerativas oncológicas y no oncológicas propensos a ser pacientes con patologías terminales<sup>4</sup>.

Estos pacientes terminales según la Organización Mundial de la Salud son aquellos que padecen una enfermedad avanzada, progresiva

e incurable, con falta de respuesta al tratamiento específico, y un pronóstico de vida no mayor de seis meses<sup>5</sup>.

Las enfermedades más frecuentes que conducen al síndrome terminal son: el cáncer, el SIDA, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, insuficiencia específica orgánica (renal, hepática, cardíaca, pulmonar, etc), la cirrosis hepática, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), arteriosclerosis (HTA, miocardiopatía, diabetes, senilidad)<sup>6</sup>.

En el 2012, hubieron 14 millones de casos nuevos y 8,2 muertes relacionadas con el cáncer<sup>7</sup>. Constituyendo la segunda causa de muerte tanto en el mundo como en nuestro país; el 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones<sup>8</sup>. Por otro lado la cirrosis hepática en el Perú es la primera causa de muerte dentro de las enfermedades hepáticas ocupa el quinto lugar de defunciones con una tasa de 9.48 por cada 100 000 habitantes<sup>9</sup>. Los datos del análisis de situación de salud 2015, reporta estimaciones y en base a los datos de la encuesta NHANES de los EEUU, se estima que, en el Perú, 19 197 personas tendrían ERC terminal<sup>10</sup>. Así mismo la prevalencia de la EPOC el 2016 fue de 251 millones de casos y se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo<sup>11</sup>.

Por lo anteriormente expuesto podemos observar que las enfermedades terminales representan un problema de salud pública que afecta tanto a nivel mundial como a nuestro país.

Es frecuente que en un paciente terminal coexistan múltiples síntomas cambiantes, intensos y que causan en él cierto grado de incapacidad, preocupación e impacto emocional, por lo que su cuidado implica un alto grado de complejidad. Pudiendo producirse un inadecuado control de los síntomas; provocando dudas y miedo al brindar cuidado, y asimismo dificultades de comunicación e

incomprensión ante la diversidad cultural y de creencias de los pacientes<sup>4</sup>.

Como consecuencia de ello, se constatan diversas reacciones en el personal de enfermería que determinan su comportamiento, pudiendo generarse diferentes actitudes ante las diversas situaciones por las que pasa el paciente al final de la vida, como abandono del paciente o por el contrario, actuaciones encaminadas a prolongar su vida, más allá de lo que puede considerarse compatible con una existencia en condiciones de dignidad personal<sup>4</sup>.

La enfermería tiene un papel muy importante en la atención del paciente en la fase terminal en varios niveles, interviene en la asimilación del diagnóstico, en la ayuda para sobrellevar la enfermedad y, en el apoyo a la familia antes y después de la muerte, su labor es ayudar al paciente en este proceso a través de diversas técnicas paliativas que actualmente existen<sup>12</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud el cuidado paliativo es activo e integral y se da a pacientes con enfermedades que no responden a terapéuticas curativas con el objetivo de conseguir una mejor calidad de vida. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas, considerando los problemas psicológicos, sociales y espirituales<sup>13</sup>. Los Cuidados paliativos se iniciaron en Inglaterra como resultado de la visión e inspiración de Cicely Saunders (1918 – 2005) enfermera y médica, que fue fundadora del Hospicio St. Christopher en Londres, en 1967, una institución dedicada al cuidado de los enfermos terminales. C.Saunders difundió la idea de dar apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible<sup>14</sup>.

Por este cuidado tan complejo, la convivencia con el paciente al final de la vida requiere de una mejor comprensión del proceso de muerte

y el mayor conocimiento de los cuidados paliativos, por lo que es necesario que el profesional de enfermería cuente con los conocimientos necesarios para satisfacer las necesidades del paciente terminal ofreciendo así una atención de calidad<sup>13</sup>.

Según Cicely Saunders, los "cuidados paliativos se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura y de que merece respeto, como un ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas de las últimas décadas, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo"<sup>15</sup>.

El informe de la Asociación Latinoamericana de cuidados paliativos plasmado en el Atlas de cuidados paliativos en Latinoamericana (2014) revela que el Perú solo cuenta con 7 hospitales con servicios en unidades de Cuidados Paliativos en el tercer nivel de atención pese a la gran demanda existente<sup>16</sup>.

El estado peruano con el objetivo de mejorar la atención integral del cáncer y el acceso a los servicios oncológicos en el Perú lleva a cabo el Plan Esperanza en el 2012, el cual ha sido implementado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, dicho plan cubre servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico definitivo, estadiaje, tratamiento y cuidado paliativo; teniendo cobertura financiera para los siguientes tipos de cáncer: Cuello uterino, Mama, Colon, Estómago, Próstata, Leucemias y Linfoma; la cual se centra en las unidades de Quimioterapia y consultorios externos oncológicos<sup>17</sup>. Los pacientes en estado terminal que son hospitalizados y presentan dichas patologías son distribuidos en los diferentes servicios medicina o cirugía con los que cuenta el hospital pero su cuidado no se basa en los

cuidados paliativos, por otro lado existen pacientes terminales no oncológicos que también necesitan de dichos cuidados.

El Hospital Nacional Dos de Mayo cuenta con 7 servicios de medicina de los cuales la oficina de Estadística e Informática reporta que entre el año 2013 y el 2017 se atendieron 1513 pacientes con diagnóstico terminal y en el mismo año se produjeron 1482 defunciones. Por lo antes expuesto se puede observar un gran demanda de atención, ello implica que se requiere personal de enfermería capacitado para brindar cuidados paliativos a los pacientes en esta etapa de sus vidas<sup>18</sup>.

El 19 de septiembre del 2018 el Poder Ejecutivo promulgo la Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas, tiene como objetivo general asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores. El citado plan atiende las enfermedades crónicas progresivas que generan dependencia y constituyen amenazas para la vida y ha de contener apoyo espiritual y psicológico y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales. Dicho Plan es elaborado por el Ministerio de Salud en un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, contados a partir de la fecha de publicación de la ley<sup>19</sup>.

Como estudiante de enfermería, durante las prácticas pre profesionales en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el servicio de medicina se tuvo la oportunidad de cuidar a pacientes en fase terminal pudiéndose observar que algunas enfermeras tienen “actitudes de indiferencia, desinterés y pocas de entusiasmo”, en ocasiones se comenta: “solo estamos esperando que fallezcan”, “lo deberían dejar

morir”, “siento pena verla así”, “pobre abuelita” y que su mayor tiempo está orientado a las actividades en el área asistencial y administrativa.

Por dicha realidad es que existe la necesidad de preguntarnos qué tan oportuna es la labor que viene realizando el personal de enfermería en el cuidado al paciente terminal.

El rol de la enfermera en el cuidado del paciente con enfermedad terminal es muy importante pues es el profesional que tiene el mayor tiempo asignado al paciente y deberá contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarlo a resolver o minimizar sus necesidades, brindándole apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuirá a que muera con dignidad<sup>12</sup>.

Ante la situación descrita la investigadora se plantea una serie de interrogantes: ¿Qué actitudes genera en los profesionales brindar cuidado a un paciente en estado terminal? ¿Qué condiciona que las actitudes sean diferentes en cada profesional de enfermería? ¿Cómo influye el estado terminal del paciente en el actuar del profesional de enfermería? ¿Qué conoce el profesional de enfermería acerca del cuidado paliativo?

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto anteriormente se consideró necesario formular el siguiente problema:

¿Cuáles son los Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, 2017?

## **1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

Para dar respuesta a la interrogante de la investigación se plantea los siguientes objetivos:

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, 2017

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los conocimientos sobre el cuidado paliativo en la dimensión física en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina.
- Identificar los conocimientos sobre el cuidado paliativo en la dimensión psicoemocional en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina.
- Identificar los conocimientos sobre el cuidado paliativo en la dimensión social en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina.
- Identificar los conocimientos sobre el cuidado paliativo en la dimensión espiritual en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina.
- Identificar las actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Los profesionales de enfermería enfrentan el cuidado de pacientes terminales en su cotidiano, frente a lo cual muchas veces surgen en ellos sentimientos de miedo, angustia o rechazo al realizar el cuidado, lo cual en muchas ocasiones se puede ver reflejado en la atención y es casi inevitable que los aspectos emocionales del profesional se ven reflejados en la calidad de los cuidados y en la interacción con el paciente; al respecto estudios demuestran que el personal de enfermería muestra una diversidad de actitudes hacia el paciente que ya no pueden ser curados, por ello, es necesario conocer las actitudes y los conocimientos de los profesionales de enfermería; para conocer si se aprecia este proceso como algo natural o como una experiencia que engloba miedo o indiferencia<sup>20</sup>.

Los conocimientos son un acúmulo de información adquirida de forma científica o empírica, significa una influencia mutua entre sujeto - objeto mediante el cual se reproduce un pensamiento humano y pueda condicionar a que el sujeto brinde atención de calidad al paciente en estado terminal.

En esa misma línea las actitudes responden a una determinada manera de reaccionar favorable o desfavorablemente hacia algo, esta condición puede llevar a la enfermera que brinda la atención a desarrollar creencias, opiniones, sentimientos y/o conductas que pueden afectar o desfavorecer el cuidado al paciente.

Es la razón por la cual se realiza esta investigación, ya que a partir de los resultados encontrados, se pretende que los profesionales de enfermería conozcan sus propias limitaciones y puedan ver que la muerte es un suceso inevitable que no debe influir de manera negativa



en el cuidado, por el contrario nos debe hacer más sensibles a la condición humana, más solidarios y respetuosos con el paciente terminal. Sumado a esto se pueden diseñar estrategias que ayuden a mejorar la calidad de cuidados de los pacientes terminales, desarrollar programas de capacitación específicos sobre el tema y alentar a desarrollar protocolos en cuidados paliativos en universidades e Instituciones Hospitalarias tanto públicas como privadas.

A su vez esta investigación servirá para motivar a los profesionales de enfermería a realizar otros trabajos de investigación sobre cuidados paliativos al paciente con enfermedad terminal en pacientes oncológicos y no oncológicos, quizás a través de sus propios testimonios bajo el enfoque cualitativo, adquiriendo nuevos conocimientos y desarrollando actitudes a beneficio del paciente con enfermedad terminal y a la mejora de su calidad de vida.

Llena un vacío en el conocimiento ya que existen pocos trabajos orientados al conocimiento y la actitud en cuidados paliativos, pues muchos estudios están orientados a pacientes oncológicos dejando de lado otras enfermedades crónico degenerativas que requieren de dichos cuidados.

El hacer y el sentir del enfermero frente a la necesidad del paciente de cuidados paliativos releva la importancia y justifica la realización de la presente investigación.

#### **1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

- Los resultados y las conclusiones solo serán válidos y generalizables para la población de estudio.

## **CAPITULO II**

### **BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS**

#### **2.1. MARCO TEÓRICO**

##### **2.1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

###### **Antecedentes Internacionales**

**Chover S., Martinez S., Lapeña M.** en el año 2017 realizaron un estudio de investigación titulado “Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital español”, tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos del personal de Enfermería de un hospital español de tercer nivel. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo y transversal, como población tuvo un universo conformado por 159 enfermeras, llegando a las siguientes conclusiones:

*“Se detectó la existencia de un nivel de conocimiento medio que podría ser mejorado con el desarrollo de actividades formativas centradas especialmente en los conceptos erróneos que fueron identificados, permitiendo así, a los profesionales de enfermería, ofrecer a sus pacientes cuidados paliativos de mayor calidad basados en la evidencia científica existente.”<sup>21</sup>.*

**Hernández S., Aguilar G.** en el año 2016 realizaron un estudio de investigación titulado “Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna”, tuvo como objetivo general evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados paliativos en pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna. La metodología utilizada fue de tipo

descriptivo y transversal, como población tuvo un universo conformado por 41 enfermeras q del servicio de Medicina Interna de un hospital de zona, llegando a las siguientes conclusiones:

*“Los resultados indican que la mayoría del personal de enfermería conoce y aplica adecuadamente los cuidados paliativos. Es de suma importancia que el personal de enfermería asignado a los servicios de medicina interna en los hospitales generales de zona tenga un nivel de conocimientos suficiente acerca de lo que son y lo que engloba a los cuidados paliativos”.*<sup>22</sup>

**Espinoza V., Luengo M., Sanhueza A.** en el año 2016 realizó un estudio de investigación titulado “Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida.”, tuvo como objetivo general evaluar las actitudes hacia el cuidado al final de la vida de enfermeras/os de la región BíoBío, de Chile, y determinar las variables que ejercen mayor influencia sobre estas. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo – correlacional y predictivo, como población tuvo un universo conformado por 308 enfermeras que trabajaban en cuidados paliativos en centros de salud públicos, llegando a las siguientes conclusiones:

*“La actitud hacia el cuidado al final de la vida mostró una tendencia favorable, presentando una asociación directa y estadísticamente significativa con: edad, experiencia laboral, mayor vínculo en tiempo y número pacientes terminales atendidos, y con la comprensión y regulación emocional. También se presentó una mayor actitud en el sexo femenino. La preferencia por trabajar en cuidados paliativos y ser formador en el área influyeron favorablemente en la actitud; al contrario, el miedo a la muerte y el trabajo emocional fingido influyeron negativamente la actitud.”*<sup>23</sup>.

## **Antecedentes Nacionales**

**Becerra M.** En el 2016 realizó un estudio de investigación titulado: “Conocimiento de la enfermera sobre cuidados paliativos en pacientes terminales en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2016.”, tuvo como objetivo general Determinar el nivel de conocimiento de la enfermera sobre cuidados paliativos en pacientes terminales en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2016. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativa, método descriptivo de corte transversal, como población tuvo un universo conformado por las enfermeras (os) del servicio de medicina oncológica, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia; actualmente en los servicios mencionados se encuentran laborando 50 enfermeras, llegando a las siguientes conclusiones:

*“De manera general, la gran mayoría de la población encuesta que labora en los servicio de Medicina, tiene un nivel de conocimiento medio con tendencia a bajo<sup>24</sup>.”*

**Hilario Q.** en el 2014 realizó un estudio de investigación titulado “Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”, tuvo como objetivo general determinar conocimientos y actitudes hacia cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativo porque las variables son susceptibles a cuantificación, de nivel aplicativo ya que los resultados son beneficiosos para enfatizar y realizar los cuidados paliativos en la enseñanza a los estudiantes de la especialidad de enfermería, el método utilizado es descriptivo ya que nos permite mejorar la información total y como se

obtuvo de la realidad, de corte transversal porque implica la obtención de datos en un momento específico, como población tuvo un universo conformado por 121 estudiantes de la especialidad de enfermería IV ciclo matriculados en el año académico 2014 de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, llegando a la siguiente conclusión:

*“La mayoría de estudiantes de IV ciclo de especialidad de enfermería (54.4%) tienen un nivel medio en conocimientos y (53.3%) tienen actitud medianamente favorable hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal. No obstante, es importante el conocimiento y la actitud”<sup>25</sup>.*

**Quispe I.** en el 2014 realizó un estudio de investigación titulado “Actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología en el Hospital María Auxiliadora”, tuvo como objetivo general determinar la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico en el Hospital María Auxiliadora. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Siendo una muestra de 33 conformada por el personal de salud que labora en el área en mención. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala modificada tipo lickert, llegando a la siguiente conclusión:

*“El personal de salud del servicio de oncología posee una actitud indiferente frente a la atención que brinda al paciente oncológico en etapa terminal generando un impacto único de frustración, pesar, dolor, pero sobre todo, de soledad en los últimos momentos de la vida donde el interés o creencia individual debe ser secundario a la real necesidad del paciente oncológico en fase de agonía.”<sup>26</sup>.*

**Flores B.** en el 2013 realizó un estudio de investigación titulado “Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de medicinas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013”, tuvo como objetivo general determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de medicinas del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, porque permite asignar un valor numérico a la variable de estudio, nivel es aplicativo, ya que parte de la realidad para luego modificarla; método descriptivo simple de corte transversal porque permite presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado, como población tuvo un universo conformado por los 50 profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de medicinas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, llegando a la siguiente conclusión:

*“La actitud del profesional de enfermería del servicio de medicinas del HNHU hacia el cuidados del paciente moribundo el mayor porcentaje es de indiferencia, considerando las dimensiones fisiológica, espiritual y psicoemocional, en las que consideran que dada la condición del paciente es innecesaria su higiene, apoyo espiritual y que la atención del paciente moribundo demanda mucho tiempo que podría utilizar para atender a otros pacientes”<sup>27</sup>.*

## **2.1.2. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL**

### **a. Cuidados paliativos**

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales»<sup>28</sup>.

La integración de los cuidados paliativos y tratamientos curativos son una aproximación racional a la atención de personas con enfermedades avanzadas y ha demostrado que reduce el sufrimiento, mejora la satisfacción, disminuye costes y facilita las transiciones entre los diferentes estadios de progresión de la enfermedad. Según este enfoque, los cuidados paliativos son ofrecidos a medida que se van desarrollando las necesidades y antes de que no respondan a cualquier otro tratamiento curativo<sup>28</sup>.

La OMS considera las siguientes características de los cuidados paliativos:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.

- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida.
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas<sup>29</sup>.

Esta concepción de los CP reconoce que las personas con enfermedades distintas al cáncer, que sean irreversibles, progresivas y con una fase terminal, también pueden beneficiarse de su aplicación. Pueden ser, por ejemplo, los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), demencia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hepática avanzadas o enfermedades neurológicas (como ictus, parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica, entre otras) <sup>29</sup>.

Los CP deben comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos. De la misma forma, incluso en las fases finales de la enfermedad, en las que el tratamiento es predominantemente paliativo, puede existir un espacio para el intento destinado a las medidas curativas. Por otro lado, incluye la atención del duelo.

Cicely M. Saunders, en su clásico libro “Cuidados de la enfermedad maligna terminal” considera los siguientes elementos esenciales en el tratamiento de la enfermedad terminal:



- Preocupación por el paciente y su familia como unidad de asistencia.
- Tratamiento por un equipo clínico especializado.
- Control experto de los síntomas comunes del cáncer terminal, especialmente del dolor en todos sus aspectos (dolor total).
- Enfermeras hábiles y experimentadas.
- Un equipo interprofesional.
- Un programa de asistencia domiciliaria.
- Asistencia después de la pérdida.
- Registro y análisis metódico de los casos.
- Enseñanza en todos los aspectos del cuidado terminal.
- Empleo inteligente del espacio disponible en la institución

#### **a.1. Cuidados paliativos en la dimensión física**

##### **Dolor**

Actuación protocolizada con una serie de pautas detalladas, aunque eso no debe impedir la flexibilidad, ya que el dolor es una experiencia subjetiva y cambiante en la que intervienen factores de diversa índole (físicos, emocionales y culturales) <sup>28</sup>.

Valoración y cuidados de enfermería: las medidas necesarias para controlar el dolor<sup>28</sup>.

Tratamiento del dolor:

Medidas generales

1) Definir la estrategia terapéutica general. Para ello es necesario, en primer lugar, informar al paciente y su familia sobre aspectos de la enfermedad y el dolor que presenta: causas, tratamientos posibles y efectos secundarios. Posteriormente se plantearán objetivos

terapéuticos concretos, plazos razonables para conseguirlos y periodicidad de los seguimientos.

2) Modificar estilos de vida incidiendo en los factores que aumentan el umbral de tolerancia al dolor: a) Conseguir un descanso nocturno reparador. b) Técnicas de relajación para disminuir la ansiedad. c) Procurar la distracción del paciente, animarlo, acompañarlo, etc.

#### Medidas no farmacológicas

1) Métodos físicos: Masajes para el dolor articular por inmovilización, frío, calor, etc.

2) Intervenciones psicosociales: Incluyen técnicas conductuales-cognitivas que proporcionan al paciente sensación de control del dolor desarrollando habilidades para convivir con él.

### **Alimentación**

Alteración de la nutrición relacionado con: anorexia; dificultades en la masticación y la deglución, cansancio, cambios emocionales, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, efectos colaterales de los fármacos, alteración de la absorción de nutrientes secundaria a su patología; procesos tumorales, etc.

Objetivo: El enfermo tomará la comida según sus apetencias:

Actividades: Explicar e informar al enfermo y la familia sobre:

- Cambios en su alimentación, desdramatizando las comidas y la pérdida del apetito.
- Fraccionar las comidas en 6-8 tomas/día
- Presentación y cantidad: lo que le apetezca, bien presentado y en cantidades y platos pequeños.

- Características: temperatura adecuada, poco olorosa, no picante, textura adecuada dependiendo del estado (normal, triturada, líquida, pastosa) y sus gustos.
- Alimentos frescos: flan, natillas, yogurt, piña, en fase muy avanzada.
- Aparición de otros posibles síntomas si se le fuerza: náuseas y vómitos.
- Evitar alimentos flatulentos, muy condimentados, con olores intensos, carnes rojas.
- Importancia del buen estado de la boca (ver cuidados de la boca).
- Lugar y/o posición: mientras se pueda con la familia, si no en cama incorporado y siempre acompañado. Se recomienda el decúbito lateral con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante. Evitar, en lo posible, el decúbito supino<sup>30</sup>.

#### **Anorexia**

Es la incapacidad del paciente para comer normalmente. La causa principal es la propia carga tumoral, pero también influyen: el miedo al vómito, la saciedad precoz, disfunción autonómica, estreñimiento, dolor y fatiga, alteraciones en la boca, hipercalcemia, ansiedad y depresión, y efectos secundarios del tratamiento<sup>30</sup>.

#### **Actividades:**

- Preparación adecuada de los alimentos, con platos y raciones pequeñas.
- Medidas farmacológicas: Dexametasona (2-4mg/diarios). Acetato de Megestrol – 160 mg, 2 a 3 veces día según prescripción medica<sup>30</sup>.

#### **Respiración**

Disnea relacionada con: proceso tumoral, asociado a otras patologías, tratamiento, debilidad<sup>30</sup>.

#### Objetivos:

1. Mejorar la sensación de falta de aire.
2. Evitar la exacerbación de la disnea provocada por el miedo y la ansiedad<sup>30</sup>.

#### Actividades:

- Transmitir tranquilidad, confianza y control de la situación.
- Aplicar medicación pautada y avisar al médico lo antes posible.
- No dejar nunca solo al enfermo y atender sus demandas.
- Aflojar la ropa, soltar cinturones, etc.
- Inducir la relajación del enfermo guiando su respiración.
- Aplicar aire fresco sobre el rostro, incluso acercando la cama a la ventana, con ventilador, abanicar, etc.
- Colocar en posición confortable, sentado o semisentado, levantando la cabecera de la cama, con almohadas debajo del colchón, o calzando la cabecera de la cama.
- Dar soporte emocional a la familia.
- Adiestrar al cuidador principal para colaborar en los ejercicios respiratorios y de relajación.
- Instruir al enfermo en aquellas actividades diarias que le produzcan o aumenten la disnea, modificando hábitos.
- Utilizar humidificadores ambientales como el eucalipto o el mentol.
- Mantener la boca húmeda y fresca.
- Facilitar a la familia los recursos necesarios para el manejo de la situación: medicación, teléfono de urgencia, etc.
- Tratamiento farmacológico.
- Oxigenoterapia<sup>30</sup>.

Tos

Tos productiva

Actividades:

- Explicar al enfermo y la familia que el toser favorece la eliminación de secreciones.
- Enseñar a toser al enfermo (no toser nunca en decúbito supino) valorando riesgo de hemoptisis.
- Adiestrar a la familia.
- Mejorar la humedad ambiental<sup>30</sup>.

Tos eficaz

Actividades:

- Explicar al enfermo y la familia el procedimiento y lo que se pretende.
- Quitar prendas constrictivas.
- Colocar en posición sentada, indicando al enfermo que respire 3 veces de manera breve para seguir con una inspiración profunda por la nariz.
- A continuación expulsar el aire de golpe contrayendo la musculatura del abdomen con la boca abierta y provocando la tos<sup>30</sup>.

Limpieza ineficaz vías aéreas

Relacionado con: reflejo tusígeno ineficaz, dificultad de expansión torácica, disminución de energía, inmovilidad<sup>30</sup>.

Objetivos:

1. El enfermo respirará con mayor facilidad.
2. Realizará tos eficaz dependiendo de la situación<sup>30</sup>.

#### Actividades:

- Manifestar disponibilidad para que el enfermo y la familia no se angustien ante la dificultad respiratoria.
- Valorar el pronóstico del enfermo y si está en situación de agonía.
- Administrar la medicación pautada.
- Aumentar, si no hay contraindicaciones, la ingesta de líquidos para fluidificar secreciones.
- Airear y humidificar el ambiente de la habitación.
- Enseñar al enfermo y la familia, valorando siempre su idoneidad: respiración diafragmática, a toser y drenaje postural respetando siempre las posturas antiálgicas.
- Evitar ambientes nocivos: tabaco, cambios bruscos de temperatura, productos irritantes de limpieza.
- Eliminar prendas constrictivas.
- En traqueotomías, mantener permeable el estoma<sup>30</sup>.

### **Eliminación**

#### Estreñimiento

#### Actividades:

- Valorar sus hábitos y preguntar cuándo fue la última deposición.
- Ver si tiene pautado tratamiento laxante. Suele iniciarse con un laxante estimulante (aumenta el peristaltismo), habitualmente sennósidos (12 a 72 mg/día) y/o lactulosa (20 a 90 cc/día) (los opiáceos producen estreñimiento). Pueden añadirse medidas rectales (supositorios de glicerina o de bisacodilo, o micralax).
- Tacto rectal para descartar fecaloma. Si hay impactación fecal, habitualmente a nivel de recto o sigma, pudiendo ocasionar obstrucción parcial y, en su caso, un síndrome rectal con secreción rectal y retención vesical ocasional. Si el impacto es alto

requerirá la administración de uno o varios enemas de limpieza (enemas fosfatados), y si es rectal será necesario diferenciar<sup>30</sup>:

- Si es blando: Supositorios de bisacodilo diariamente hasta que responda.
  - Si es duro: Enema de aceite (100-200 cc) la noche anterior:
  - Valorar posible sedación del paciente.
  - Aplicación de compresas calientes para favorecer la dilatación anal y lubricación con lubricante anestésico.
  - Movilizar el impacto, fraccionamiento y extracción.
  - Seguir con enemas fosfatados hasta su total eliminación.
  - En cualquier caso es muy importante la prevención de la impactación fecal<sup>30</sup>.
- Explicar al enfermo y la familia los cuidados del estreñimiento y la administración correcta de los medicamentos.
  - Si el enfermo lo tolera estimular la ingesta de líquidos (agua y zumos de fruta).
  - Desaconsejar el uso de dietas con alto contenido en fibra ya que ésta aumenta el tamaño del bolo fecal haciéndose más difícil su expulsión en estos enfermos que presentan gran deterioro físico y debilidad.
  - Atender lo antes posible el reflejo de eliminación y mientras sea posible levantar a la silla o al WC.
  - Aconsejar la actividad física dentro de lo posible.
  - Comunicar al médico la valoración<sup>30</sup>.

## Diarrea

### Objetivos:

1. Valorar las causas de la diarrea.
2. Administrar correctamente el tratamiento farmacológico.
3. Prevenir la deshidratación.

#### 4. Prevenir el deterioro de la integridad cutánea<sup>30</sup>.

##### Actividades:

- Identificar signos y síntomas de probable obstrucción intestinal.
- Descartar fecaloma.
- Valorar la toma correcta de laxantes.
- Enseñar al enfermo y/o la familia cómo se deben tomar.
- Introducir ingesta de dieta y líquidos astringentes si el estado del enfermo lo permite.
- Higiene: Mantener la piel limpia y seca y cambiar absorbentes con la frecuencia requerida.
- Comunicar la valoración al médico<sup>30</sup>.

##### Retención urinaria

Objetivo: Conseguir el vaciado vesical inmediato.

##### Actividades:

- Colocar sonda uretral de vaciado urgente en todas las situaciones.
- Tratar las causas reversibles.
- Valorar de forma sistemática si el paciente está en coma, estuporoso y con compresión medular<sup>30</sup>.

### **Piel y mucosas**

Valoración y cuidados de Enfermería (según si hay existencia de úlceras por presión, úlceras tumorales, deshidratación, desnutrición, caquexia, inmovilidad y a la afectación de la piel por el tumor o tratamientos derivados del mismo corticoides, quimioterapia, radioterapia, etc) <sup>28</sup>.

##### Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

##### Objetivos:



1. Mantendrá la piel limpia y seca.
2. No presentará úlceras por presión.
3. Realizará los cuidados de higiene e hidratación (el enfermo o la familia) <sup>30</sup>.

Actividades:

- Promover la movilidad del paciente de acuerdo a su capacidad e instruir a la familia sobre la necesidad de cambios posturales y cómo realizarlos. En la fase agónica respetar la comodidad del enfermo, no basarlos en la prevención de UPP, por lo que el ritmo será cada 6 horas o más y, a medida que se acerque la muerte la movilización deberá suspenderse o realizarse lo mejor posible.
- Evitar la utilización de fibras sintéticas, gomas, etc., y la formación de pliegues y rozamientos de ropa de vestir y cama. Considerar el uso de colchones antiescaras.
- Adiestrar a la familia en una higiene adecuada: fomentar el cambio de ropa, absorbentes, colectores, para evitar el contacto prolongado con la humedad y aconsejar el uso de cremas hidratantes. Realizar un secado concienzudo y aireado de la piel.
- No utilizar alcohol sobre zonas expuestas al tratamiento radioterápico y aplicar cremas hidratantes en pieles no lesionadas. En caso de dermatitis secundaria a tratamiento, utilizar compresas empapadas en Permanganato potásico 1/10000.
- Vigilar la presencia de micosis, infecciones malolientes, etc., en zonas de riesgo (pliegues) <sup>30</sup>.
- Instruir sobre factores de riesgo y técnicas que favorezcan el riesgo sanguíneo:
  - Edemas: Elevación de las EEl, protección de talones e hidratación de la piel.

- Palidez e isquemia: Evitar el frío, proteger la zona para evitar lesiones y si afecta a EEII mantenerlas siempre bajas.
- Enrojecimiento y falta de sensibilidad: Evitar el calor directo y proteger para evitar lesiones<sup>30</sup>.

## Úlceras

### Objetivos:

1. Sentirá confort y bienestar controlando el dolor, el mal olor, las infecciones y las hemorragias.
2. Mejorará la autoestima y la autoimagen<sup>30</sup>.

### Actividades:

- Tener especial cuidado al retirar el apósito para no provocar sangrado: empapar el apósito antes de retirarlo durante aprox. 3 minutos con suero salino + H<sub>2</sub>O.
- Utilizar jeringas para verter la solución si la úlcera se encuentra cerca de una traqueotomía.
- Cura de la úlcera (si no hay otra indicación).
- Cuando las úlceras están en lugares visibles y son desfigurantes utilizar vendajes apropiados pero discretos<sup>30</sup>.

## Problemas de la boca

### Objetivos:

- Control: prevención del dolor y la infección de la boca (tener siempre en cuenta los cuidados de los labios).
- Mantener mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos haciendo prevención de infecciones y promocionando así el confort.
- Eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios para evitar la halitosis, procurando no perjudicar la mucosa.
- Además, evitar preocupaciones y molestias innecesarias y el aislamiento social<sup>30</sup>.

## **a.2. Cuidados paliativos en la dimensión psicoemocional**

### **Sentimientos**

#### **Tristeza**

En el abordaje de la tristeza, es fundamental que la persona se sienta acompañada, comprendida y escuchada. Éste será el principal objetivo a cumplir por el personal de enfermería en dicho abordaje, para ello son eficaces la escucha activa y la empatía a través de la cual nos interesaremos por el motivo o motivos que generan la tristeza.

Ayudaremos a satisfacer las necesidades presentadas y facilitaremos el desahogo permitiendo el llanto<sup>31</sup>.

#### **Hostilidad**

Ayudaremos al paciente a reconocer la ira, pero sin entrar en la misma. No le interrumpiremos cuando esté “rebotado”, tampoco intentaremos reducir la ira o rabia, ya que con estas técnicas, conseguimos el efecto contrario. No podemos olvidar que la ira ayuda al paciente a desahogarse, y facilita en proceso de adaptación a la enfermedad. En el caso de que el paciente eleve la voz, no la elevaremos nosotros también<sup>31</sup>.

El objetivo de este abordaje, es relativizar la ira y ofrecer las soluciones más eficaces con el fin de evitar posibles daños<sup>31</sup>.

#### **Miedo**

El abordaje principal consiste en identificar los miedos, y establecer estrategias de afrontamiento<sup>31</sup>.

Aquí cobra gran importancia la confianza que tenga el paciente en el profesional de enfermería. Un paciente que confíe en el profesional sanitario, tendrá menos temores o miedos que aquel que no presenta dicha confianza<sup>31</sup>.

## Culpa

El abordaje, por parte de enfermería, consiste principalmente en ayudar a identificar cuál es el motivo o motivos que generan la culpa, con el objetivo de disminuirla, aumentando así la autoestima. <sup>31</sup>

## Negación

La negación se aborda mediante la escucha activa, en la que nos interesaremos por las preocupaciones, sentimientos y emociones del paciente, ayudándole a la expresión de las mismas. Intentaremos disminuir la negación, respetando siempre al paciente y evitando juzgarle, igualmente, evitaremos las consecuencias que puedan derivarse<sup>31</sup>.

## Retraimiento

En el abordaje, trataremos de empatizar con él, entendiendo su comportamiento, dándole a entender nuestra dificultad de comunicación con él y reflejándole la importancia de una buena comunicación<sup>31</sup>.

## Síntomas psicológicos

### Ansiedad

Relacionado con:

1. Miedo a la muerte, al abandono, a la soledad y al aislamiento y la incompreensión, al dolor, al tratamiento, a la evolución del proceso, a la pérdida de conciencia, a ser una carga para otros.
2. Pérdida de la vida y la familia.
3. Cambios en el estilo de vida, desempeño del rol, actividad social.
4. Adaptación a la enfermedad y sus complicaciones (Disnea).

Objetivo: Mejorará la adaptación a la situación de acuerdo a las causas expresadas por el enfermo.

Actividades:

- Manifestar presencia y disponibilidad.
- Favorecer la expresión de sentimientos con escucha activa. Evitar actitudes paternalistas.
- Disponer de un entorno agradable y tranquilo. Proporcionar intimidad.
- Respetar los deseos de soledad o compañía.
- Promover actividades recreativas y de ocio.
- Realizar con el enfermo una valoración realista de la situación en caso de sentimientos de abandono: ¿es real o es que la familia está atendiendo otras responsabilidades?
- Facilitar y aconsejar la presencia de familiares y amigos.
- Informar de la existencia de tratamientos y métodos para controlar el dolor y otros síntomas.
- Ayudar al reconocimiento de los diferentes roles que tenemos en la vida (incluso cuando cambia un rol otros permanecen inalterados).
- Tranquilizar transmitiendo que estaremos allí si surgen nuevos problemas para controlarlos.
- Hablar con la familia sobre el manejo de la situación.
- Proporcionar una luz por la noche sin miedo a la oscuridad.
- Comunicar al médico la existencia del problema.

## Depresión

### Actividades:

- Tratar de solucionar los factores físicos que estén influyendo, así como los síntomas.
- Apoyo emocional.
- Permitir hablar de sus preocupaciones.
- Aumentar los sistemas de apoyo.

## **Autoestima**

### **Objetivos:**

1. El enfermo expresará lo que le preocupa y produce sentimientos negativos.
2. El enfermo expresará sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia sus logros.

### **Actividades:**

- Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación - actuar sin prisa-.
- Tranquilizarle asegurándole que su comportamiento es normal y esperado.
- Valorar los aspectos y logros positivos del quehacer cotidiano.
- Ayudar a establecer pautas de conducta que ayuden a normalizar aspectos de la vida que estén alterados: autocuidado, participación de la vida social, etc. Tener en cuenta la capacidad y voluntad del enfermo.
- Hacerle partícipe en la medida de lo posible en las decisiones sobre sus cuidados. Evitar actitudes paternalistas e infantilistas.
- Ayudarle en la adaptación al cambio de rol cuando lo precise.
- Invitar a la familia a realzar los valores y logros positivos del enfermo.

## **a.3. Cuidados paliativos en la dimensión social**

### **Familia del Paciente terminal**

#### **Actividades:**

- Establecer objetivos y planes de cuidados consensuados entre el enfermo, la familia y el equipo.

- Informar y adiestrar en los cuidados y administración de tratamientos.
- Dar información continua del proceso, los cambios adaptativos y control de los mismos (adelantándose en lo posible a la aparición de nuevos problemas o síntomas).
- Reforzar por parte de los sanitarios la labor de los cuidadores reconociendo su labor.
- Aconsejar al cuidador principal dedicarse tiempo para el ocio.
- Facilitar la comunicación entre todos los miembros de la unidad familiar.
- Proporcionar un ambiente adecuado para favorecer la intimidad y la expresión de sentimientos.
- Informar de los recursos sanitarios y sociales existentes: servicios, horarios, teléfonos de urgencia, del centro de salud al que pertenece y donde deben acudir en cada momento, etc.

### **Comunicación con el paciente terminal**

#### **Actividades:**

- Reservar tiempo y espacio para estar con el enfermo. Estas visitas deben ser planificadas igual que lo hacemos con los inyectables y las curas.
- Escucha activa.
- Hacer preguntas directas y abiertas asegurándose la adecuada comprensión: ¿Qué es lo que más le preocupa?, ¿Qué es lo que más le ayudaría?, ¿Cómo se siente?, En este momento cual es el problema/as que más le molestan?, ¿En qué más le podemos ayudar?, etc.
- Detectar déficits de comunicación entre los distintos niveles: profesionales, familiares, favoreciendo su resolución.

- Facilitar técnicas de comunicación adecuados a la limitación y recursos existentes (dibujos, escritura, signos, etc.).
- Enseñar a formular frases cortas, pausas en la conversación, respirar correctamente al hablar o intercalar pausas de descanso, en caso de, debilidad extrema o falta de aliento.

## **Recreación y ocio**

Objetivo:

1. Favorecer actividades sociales y de distracción acordes con la situación del enfermo: conocimiento, voluntad, situación funcional y recursos propios y del sistema.

Actividades:

- Informar a la familia para posibilitar y favorecer el contacto con los componentes de apoyo social: familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, voluntariado.
- Favorecer las necesidades de ocio y distracción como por ej.: tomar el sol, salir a pasear, colaborar en las tareas del hogar, escuchar música, radio, TV, viajes.
- Promover la oferta relacionada con el entretenimiento: bibliotecas, terapias ocupacionales, lugares de reunión.

### **a.4. Cuidados paliativos en la dimensión espiritual**

#### **Creencias espirituales**

Objetivos

1. El enfermo expresará sus sentimientos respecto de los valores.
2. Recibirá la ayuda espiritual que demande.



3. Logrará, si es posible, la reconciliación con el entorno y consigo mismo.

**Actividades:**

- Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación -actuar sin prisa-.
- Ayudar al enfermo a expresar la naturaleza del conflicto en que se encuentra, posibles soluciones, alternativas.
- Facilitar la asistencia espiritual y/o psicológica que demande.
- Facilitar el clima adecuado en su entorno para resolver temas pendientes que pudiera tener.

**Espiritualidad**

El apoyo de los profesionales de enfermería no impide el sufrimiento ni la angustia pero ayuda a aliviarlos. Algunas estrategias:

- Ante todo hay que escuchar, ya que proporciona consuelo y apoyo directo.
- Manifestar respeto pleno hacia el derecho del paciente a tener sus propios valores y creencias.
- Estar disponible, reflejar empatía, explorar emociones, enfatizar lo positivo, sugerir al paciente que los conflictos pueden compartirse con la familia.
- No es apropiado ofrecer consejo o emitir opiniones, es más oportuno un silencio con atención y cuando se realice ha de ser con prudencia y evitando los tópicos.
- El recordar el pasado puede contribuir a dar un nuevo sentido al presente, el interesarse por su vida pasada y recalcar lo positivo y el hecho de recordar como pudo resolver otras dificultades puede aumentar su autoconfianza.

### **a.5. Principios en cuidados paliativos**

Leo Pessini resalta unos principios de base que deben tener los cuidados paliativos a continuación los nombro<sup>32</sup>:

- Valorizan alcanzar y mantener un nivel óptimo de control del dolor y la administración de los síntomas.
- Afirman la vida y entienden el morir como un proceso normal, no apresuran ni posponen la muerte, no deben acortar la vida prematuramente.
- Integran aspectos psicológicos y espirituales de los cuidados al paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte.
- Ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad y el duelo.
- Buscan mejorar la calidad de vida.
- Son aplicables en el periodo inicial de la enfermedad y concomitante con sus modificaciones y con las terapias que prolongan la vida.
- Exigen un trabajo en equipo<sup>32</sup>.

En este punto, el trabajo en equipo; los Cuidados Paliativos deben estar orientados en un manejo integral, que parte de la necesidad de disponer de las competencias de varios profesionales en salud, trabajo en equipo se entiende como un grupo de profesionales con competencias diferenciadas que intentan alcanzar objetivos comunes; en ellos la interacción no tiene por qué ser ni frecuente ni fundamental. La existencia de este tipo de equipos asistenciales se justifica por la multidimensionalidad del ser humano al que atienden<sup>32</sup>.

Esper-Rueda (2011) señala que “Estas acciones justifican la necesidad sobresaliente que existe, en la preparación básica de los

médicos y demás profesionales en salud, siendo necesario fortalecer las competencias que permitan ejercer un excelente papel a nivel de los Cuidados Paliativos, también dirigir un mayor esfuerzo hacia la investigación en esta área<sup>32</sup>.

Debido a que estamos en una sociedad creciente y que cada vez verán en este modelo de atención una opción clara para trabajar sobre su calidad de vida, aún más cuando está en máximo riesgo<sup>32</sup>.

#### **b. Enfermedad terminal**

La enfermedad terminal se considera la fase final de numerosas enfermedades crónicas progresivas, cuando han sido agotados todos los tratamientos posibles y se alcanza la irreversibilidad. En el precurso de la enfermedad el diagnóstico es importante; todavía, se asume como un proceso complejo, que requiere alguna habilidad pues el enfermo terminal presenta síntomas múltiples y cambiantes. Se revelan como más frecuentes, en esta fase, la dificultad respiratoria (71%), el dolor moderado a severo (50%), la incontinencia urinaria y fecal (36%), la fatiga (18%) y cerca del 50% de estos enfermos pasan más tiempo encamados. Además de la presencia de náuseas y vómitos, estreñimiento, confusión mental, inquietud y anorexia, se evidencia también la pérdida de la fuerza muscular, del apetito y a veces la pérdida de la conciencia, manifestándose también la pérdida o disminución de la capacidad para ingerir líquidos y tomar la medicación por vía oral<sup>33</sup>.

Las enfermedades más frecuentes que conducen al síndrome terminal son las siguientes, el cáncer, el SIDA, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, insuficiencia específica orgánica (renal, hepática, cardíaca, pulmonar, ect), la cirrosis hepática, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), arteriosclerosis (HTA, miocardiopatía, diabetes, senilidad)<sup>7</sup>; dentro de las enfermedades terminales actualmente tenemos que las neoplásicas son afectan en

mayor porcentaje a la población llegando a ser una de las principales causas de muerte a nivel mundial, en 2012, hubieron 14 millones de casos nuevos y 8,2 muertes relacionadas con el cáncer. El cáncer fue la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad.

### **b.1. Características de la enfermedad terminal**

Basándonos en Gómez Batiste quien fue considerado por la OMS por el introductor de los cuidados paliativos en Catalunya las características que definen una enfermedad como terminal, son las siguientes:

- La enfermedad está en un estadio avanzado, es progresiva e incurable, y no puede responder a tratamientos activos.
- Presentación de numerosos y diversos síntomas, de causa multifactorial, cambiantes y a menudo intensos. Esta sintomatología evoluciona de forma poco estable pudiendo incluso variar en cuestión de horas.
- Situación que genera un fuerte impacto emocional sobre el enfermo y familia. El grado del impacto tendrá relación, entre otros aspectos, con el nivel y la calidad de información que posee el paciente sobre su enfermedad, grado de control de los síntomas, edad, soporte emocional y social que pueda recibir tanto el paciente como el familiar y equipo asistencial.
- Pronóstico de vida limitado, la mayoría de los enfermos mueren antes de los seis meses. Ante esta realidad, los objetivos se revisan continuamente adaptándose a los cambios en las necesidades del enfermo y familia.

- Importante demanda de atención que requieren los pacientes y familiares. La asistencia es individualizada ya que cada caso es particular, la atención deberá de ser necesariamente personalizada, tanto por las características de la enfermedad y forma de ser del paciente como de las necesidades que surgen día a día tanto en el paciente como en la familia<sup>34</sup>.

## **b.2. Paciente terminal**

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología. Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo, con capacidad para retrasar la evolución o estabilizar la enfermedad y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente<sup>5</sup>.

Entonces se considera paciente terminal a aquella persona que sufre una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y que tiene una esperanza de vida no mayor de 6 meses. Los factores que merman su salud son múltiples, intensos y variables, pero no se trata únicamente de problemas médicos. La presencia explícita o no de la muerte tiene un gran impacto emocional, tanto en el paciente como en su familia, relacionado, implícita o explícitamente, con la presencia de la muerte y un pronóstico de vida<sup>35</sup>.

La fase terminal de la vida se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del paciente han empeorado a tal punto que ya no es posible detener y mucho menos invertir el curso de la enfermedad; es cuando el tratamiento se hace básicamente paliativo y se concentra en la reducción del dolor. En tales condiciones surgen un sinnúmero de dilemas, cuya resolución afecta de modo considerable tanto al propio enfermo como a sus familiares y al personal de salud. La manera de observar al enfermo en fase terminal (como centro de una disputa encarnizada entre la vida y la muerte) ciertamente ha hecho que la misma noción de “muerte” cambie hasta asumir connotaciones sorprendentes<sup>36</sup>.

Este término es más comúnmente utilizado para enfermedades degenerativas tales como el cáncer, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, cirrosis hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o arteriosclerosis (HTA, miocardiopatía, diabetes, senilidad)<sup>37</sup>.

### **b.2.1. Principales necesidades del paciente con enfermedad terminal**

#### **b.2.1.1. Necesidades físicas del paciente con enfermedad terminal**

En los pacientes terminales van a aparecer numerosos problemas a nivel físico, tales como:

#### **Dolor**

Es una experiencia somatopsíquica, una sensación molesta y aflictiva, más o menos intensa de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, que se experimenta de forma prolongada<sup>5</sup>.

El dolor es un problema de salud de primera magnitud en los pacientes terminales puesto que es uno de los más frecuentes (el 1º, según series). Es descrito por un 50% de pacientes en todos los estadios la enfermedad. Alcanza al 70%-80% durante las últimas fases de la enfermedad. Es de moderado a intenso en un 40%- 50% de los pacientes e insoportable en un 25%-30% de los casos (8). A pesar de ello, permanece todavía sin ser controlado en un 50-80% de los casos. La falta de control analgésico se debe a problemas relacionados con los profesionales (actitud, formación, dificultades para prescribir opiáceos) y con los pacientes (incumplimiento, temor a efectos secundarios)<sup>5</sup>.

Su control es una parte esencial del cuidado de un enfermo terminal y partirá de conocer bien sus causas y del empleo adecuado de los diversos analgésicos propuestos para el alivio del dolor maligno por la escalera analgésica de la OMS<sup>5</sup>.

### **Astenia y anorexia-caquexia**

#### **Astenia**

Se entiende por astenia el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional<sup>29</sup>.

La astenia es el síntoma más frecuente en CP; puede presentarse hasta en el 90% de los casos. Son muchos los factores implicados y pueden aparecer en diferentes momentos en un mismo paciente<sup>29</sup>.

#### **Anorexia y caquexia**

La anorexia, definida como falta de apetito, y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia en estos pacientes<sup>29</sup>.

La caquexia es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente<sup>29</sup>.

### **Síntomas respiratorios**

#### **Disnea**

Es la sensación subjetiva de dificultad para respirar con sensación de falta de aire o axfisia. Su prevalencia en CP es elevada; puede alcanzar el 30%-40% de los cánceres avanzados y terminales, en el 65%-70% de los broncogénicos; 85% en los pacientes con ICC y más del 90% entre los pacientes con EPOC<sup>29</sup>.

Principales causas de disnea son la sustitución de tejido pulmonar por canceroso, derrame pleural o pericárdico, embolismo pulmonar, obstrucción por tumores en faringe, laringe, mediastino, pérdida de elasticidad pulmonar, debilidad de los músculos respiratorios, anemia, procesos infecciosos, uremia fiebre, insuficiencia cardíaca, ascitis, síndrome de la vena cava superior, tratamiento oncológico, cirugía torácica, radioterapia (fibrosis) y quimioterapia (adriamicina, bleomicina)<sup>38</sup>.

#### **Tos**

La tos está presente en el 4%-86% de los pacientes con cáncer de pulmón y en el 23%-37% en otros cánceres. En los pacientes con enfermedades crónicas pulmonares no malignas, puede presentarse en el 59% de los casos<sup>29</sup>.

### **Mucosa oral y boca**

Las lesiones y complicaciones son frecuentes y tienen gran influencia en el bienestar del paciente. Es importante tratar de prevenir los problemas orales por medio de una buena higiene e hidratación, ya que sus consecuencias afectan no solo a la correcta alimentación e hidratación



del paciente, sino también a aspectos relacionados con la comunicación y las relaciones sociales.

#### Boca seca

La xerostomía, o boca seca, es un síntoma muy frecuente en los pacientes terminales. Los factores de riesgo para su aparición incluyen respiración bucal y edad avanzada, historia previa de radiación de la cabeza y cuello y una variedad de condiciones médicas tales como el Síndrome de Sjögren, diabetes mellitus, y estados de ansiedad. Puede asociarse con cambios en el gusto, dificultad para deglutir y dificultad para hablar. Los fármacos son una causa significativa de xerostomía<sup>38</sup>.

#### **Síntomas digestivos**

##### Náuseas y vómitos

Sensación desagradable, en forma de oleada, en la parte posterior de la garganta, el epigastrio o por todo el abdomen que puede o no terminar en vómito<sup>38</sup>. Las náuseas y vómitos se presentan en entre 6% y 68% de los pacientes oncológicos y los porcentajes oscilan entre 30% y 50% en pacientes con sida, insuficiencia cardíaca o renal<sup>29</sup>.

##### Principales causas

Estímulo directo del centro del vómito: hipertensión intracraneal, metástasis o radioterapia; estímulo de la zona gatillo quimiorreceptora: opiáceos, quimioterapia, uremia e hipercalcemia; estímulo del snc: ansiedad, miedo y angustia; estímulo vagal: distensión gástrica, estreñimiento, oclusión intestinal, compresión exógena (hepatomegalia) e irritación de la mucosa gastrointestinal (aines, antibióticos, corticoides, hierro, mucolíticos, digital y estrógenos)<sup>38</sup>.

## Estreñimiento

Es la emisión infrecuente de heces (dos o menos veces a la semana) de consistencia dura y seca que el paciente tiene dificultad para expulsar. Puede aparecer en un 80-90 % de los pacientes terminales, sobre todo si toman opiáceos. Puede ser muy molesto y originar complicaciones como: dolor abdominal cólico, flatulencia, halitosis, náuseas y vómitos, oclusión intestinal por fecalomas, disfunción urinaria por impactación fecal y diarrea por rebosamiento<sup>38</sup>.

Este síntoma tiene múltiples causas por lo que se dice que tiene un origen multifactorial ya que puede ser generado por la anorexia, inactividad, debilidad, disminución de la ingesta de líquidos y sólidos y de fibra en la dieta, alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hipopotasemia), obstrucción mecánica por tumor, lesiones locales a nivel anal, secundaria a tratamiento (opioides, anticolinérgicos, sales de aluminio, diuréticos)<sup>38</sup>.

## Diarrea

La diarrea es menos frecuente que el estreñimiento en pacientes terminales, sobre todo en los de causa oncológica. En algunas series de casos se llega hasta el 30%; en el caso del sida, puede presentarse hasta en el 90%<sup>29</sup>.

Como en muchos de los síntomas digestivos, la etiología es multifactorial. Una de las causas más frecuentes es el uso de laxantes<sup>29</sup>.

## Obstrucción intestinal

Tiene como causas la compresión extrínseca tales como el crecimiento del tumor; debidas al tratamiento (post-quirúrgicas, post-radioterapia, tratamiento quirúrgico, según el estado del paciente y su esperanza de vida y si la causa es reversible); farmacológico (corticoides, espasmolíticos, morfina, antieméticos, opiáceos)<sup>38</sup>.

Dentro de sus síntomas tenemos el dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos (sobre todo en la obstrucción intestinal alta), distensión abdominal (en la obstrucción intestinal baja) y ausencia de eliminación de gases y heces. En las oclusiones parciales pueden aparecer deposiciones diarreicas<sup>38</sup>.

## **Piel**

### **Úlceras por presión**

Los problemas de la piel son muy frecuentes en los pacientes terminales por diversas razones: malnutrición, deshidratación, inmovilidad, además de las que puedan derivarse de los tratamientos, o por la propia naturaleza de la enfermedad<sup>29</sup>.

### **Prurito**

El prurito se define como la sensación desagradable que induce al rascado, y que mejora o cede al hacerlo. Los pacientes terminales pueden presentar prurito de etiología cutánea debido a dermatosis primarias, algunas de ellas producidas por radioterapia o fármacos (eczema, urticaria, micosis, piel seca, etc.), o directamente relacionadas con la enfermedad<sup>29</sup>.

### **b.2.1.2. Necesidades psicoemocionales del paciente con enfermedad terminal**

La percepción de la cercanía a la muerte produce en quien la sufre un impacto emocional visto esto como un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales más o menos intensas que la persona manifiesta ante la percepción de la muerte inminente, y los problemas que ocasiona esta situación como resultado de apreciarla

como amenazadora y también desbordante de los propios recursos.

Factores que determinan el impacto emocional en el paciente<sup>39</sup>:

- La naturaleza de la enfermedad.
- La evolución de la enfermedad, mayor impacto si:
  - Existe deterioro físico.
  - Los síntomas son variables.
  - Existen síntomas predictores del progreso de la enfermedad.
- Los tratamientos y sus efectos secundarios.
- La historia y personalidad del enfermo.
- La relación paciente-familia<sup>39</sup>.

### **Sentimientos del paciente terminal**

Los principales sentimientos que muestra el paciente al final de la vida son: Tristeza, Hostilidad, Miedo, Culpa, Negación, Retraimiento (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003)<sup>31</sup>.

#### **Tristeza**

La tristeza es un problema psicológico muy frecuente, que aparece como consecuencia de la asimilación de la nueva situación de salud y de la adaptación al proceso al final de la vida por parte del paciente<sup>31</sup>.

#### **Hostilidad**

Los comportamientos hostiles de los pacientes terminales hacia familia, profesionales sanitarios e incluso otros pacientes, en la mayoría de las ocasiones están justificados, pero otras veces, estos comportamientos, aparecen desproporcionados, por lo que al igual que la tristeza, existe una hostilidad “adaptativa” y otra “desadaptativa”. Atendiendo a esto, las manifestaciones del paciente, pueden ir desde el simple enojo, hasta la ira<sup>31</sup>.

## Miedo

El miedo es necesario para la supervivencia y para el afrontamiento. Igualmente existe miedo "adaptativo" y miedo "desadaptativo" <sup>31</sup>.

Los principales miedos al final de la vida son:

### Ámbito Físico-Funcional:

- Miedo al dolor físico.
- Miedo a la pérdida de autonomía funcional.
- Miedo a volverse loco.
- Miedo a la desfiguración<sup>31</sup>.

### Ámbito Relacional.

- Miedo a ser una carga.
- Miedo a la separación de los seres queridos.
- Miedo al rechazo, abandono y al aislamiento.
- Miedo a no poder comunicarse<sup>31</sup>.

### Ámbito Existencial:

- Miedo a lo desconocido durante el proceso.
- Miedo a ser juzgado.
- Miedo a la soledad no deseada.
- Miedo a dejar de ser, a la disolución del yo, a la muerte.
- Miedo a perder el control de la situación o el papel habitualmente ejercido<sup>31</sup>.

## Culpa

La culpa genera gran malestar en los pacientes terminales. Este malestar se va a manifestar en una sintomatología asociada: nerviosismo, remordimiento, vergüenza, o baja autoestima. Cuando un

paciente presenta el sentimiento de culpa, mantiene un comportamiento continuamente justificado, es decir, justificará constantemente sus comportamientos y acciones, e incluso sus sentimientos<sup>31</sup>.

También frecuentes son las autocríticas negativas y los pensamientos autodestructivos<sup>31</sup>.

### Negación

En el ámbito del enfermo terminal, la negación, se suele producir cuando el paciente escucha o percibe por primera vez el pronóstico de enfermedad incurable, ante la recurrencia de los síntomas o frente a la terminación de una estrategia curativa, o intensificación del enfoque paliativo<sup>31</sup>.

## **Síntomas psicológicos**

### Delirium

El delirium se define como un estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa. Clínicamente se caracteriza por la alteración simultánea de la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ritmo sueño-vigilia. El delirium es un problema frecuente en los pacientes en la fase final de la vida; lo padece entre el 28% y el 83% de estos pacientes; varía según la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados, y es más frecuente en los pacientes con cáncer. Puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes en los últimos días de vida y su aparición se asocia a un peor pronóstico<sup>29</sup>.

### Insomnio

El insomnio es un trastorno heterogéneo que incluye la dificultad en la conciliación del sueño (insomnio inicial), en el mantenimiento

(insomnio intermedio), el despertar demasiado temprano (insomnio tardío) y el sueño no reparador<sup>29</sup>.

El insomnio puede aparecer como reflejo de las complejas reacciones psicológicas que tienen lugar en personas que se encuentran en la fase final de la vida, por un control deficiente de los síntomas, o como consecuencia de los tratamientos<sup>29</sup>.

### Ansiedad

Los pacientes con enfermedad avanzada se ven obligados a afrontar varias agresiones psicológicas en poco tiempo: la mala noticia del diagnóstico de una enfermedad grave; la posibilidad de la muerte a corto plazo; la incertidumbre de cómo se desarrollará este proceso, los síntomas de la propia enfermedad, como dolor, disnea, insomnio, etc.; los efectos secundarios de los tratamientos, como alopecia, mutilaciones, etc. Aproximadamente la mitad de los pacientes consigue afrontar estas situaciones sin que sus reacciones psicológicas lleguen a cumplir criterios de enfermedad mental. Sin embargo, la otra mitad desarrolla síntomas constitutivos de un trastorno mental. La ansiedad es un estado de malestar caracterizado por la presencia de una serie de síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y emocionales<sup>29</sup>:

- Síntomas somáticos: tensión muscular, temblor, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración anormal, diarrea, polaquiuria, etc.
- Síntomas conductuales: irritabilidad, inquietud, etc.
- Síntomas cognitivos: pensamientos negativos, miedo o preocupación por el futuro<sup>29</sup>.

La ansiedad es frecuente en los pacientes en la fase final de la vida. Pueden presentarla entre el 13% y 79% de los mismos según el tipo de enfermedad de base y el momento de la evolución.

## Depresión

La depresión es hasta tres veces más frecuente en los enfermos en CP que en la población general. En las diferentes series, oscila entre el 3% y 77% de los pacientes oncológicos, entre el 10% y 82% de los pacientes con sida; en los pacientes con EPOC o insuficiencia cardíaca puede llegar al 70%, y en los casos de insuficiencia renal hasta el 50%. La tristeza y el ánimo deprimido son respuestas habituales en pacientes que se enfrentan a la muerte. Estas emociones pueden ser manifestaciones de un duelo anticipatorio debido a la pérdida de su propia vida, su salud, los seres queridos y la autonomía. La depresión no es un estado normal en la fase final de la vida, sino una enfermedad que complica las ya existentes y que no se diagnostica ni se trata en la medida en que se debería<sup>29</sup>.

## Autoestima

Debido de la condición del paciente con enfermedad terminal se presenta un trastorno de la autoestima relacionado con:

Enfermedad socialmente rechazada: SIDA, algunos cánceres, etc. Percepción de sí mismo: Sentimientos de inferioridad, culpa, inseguridad.

Fracaso: Actitud frente a los propios logros, objetivos inalcanzados. Pérdida de control emocional y dificultad para expresar ideas, sentimientos y deseos<sup>30</sup>.

### **b.2.1.3. Necesidades sociales del paciente con enfermedad terminal**

#### **La familia del paciente con enfermedad terminal**

La familia es un pilar básico en el cuidado del paciente al final de la vida, debe considerarse como un elemento terapéutico en sí mismo, y



como tal debe incorporarse en la planificación del cuidado, ya que contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente al estar a su lado y acompañarlo ~ en el proceso de morir; sin embargo, la condición de enfermedad terminal desencadena alteraciones tanto en el funcionamiento como en la dinámica familiar. La familia desarrolla mecanismos de autorregulación, los cuales a veces no son suficientes y pueden terminar en un desequilibrio emocional<sup>40</sup>.

El profesional de enfermería debe considerar que el cuidado a la familia se convierte en uno de los criterios de calidad cuando atiende pacientes que se encuentran al final de la vida. Debe iniciar este cuidado con un reconocimiento de las emociones derivadas de la situación particular de cada familia, para poder orientar la comunicación. Este reconocimiento va encaminado en primer lugar a identificar quién es el cuidador principal, por lo general son las parejas e hijos, los cuales pueden desarrollar miedo a sufrir un desequilibrio emocional por la pérdida y cambio de rol, pero son quienes van a permanecer más tiempo con el paciente que requiere apoyo<sup>40</sup>.

La familia tiene necesidades, como necesidad de tiempo para permanecer con el enfermo, de privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional, de participar en su cuidado, de compañía ~ y apoyo emocional, de conservar la esperanza, de apoyo espiritual, de reparar la relación, de poder explicarse y perdonarse, pero sobre todo de ventilar las emociones, de expresar la tristeza, el desconsuelo, la rabia, los temores. La familia necesita ser escuchada, que sus sentimientos sean validados, comprendidos y su expresión aceptada<sup>40</sup>.

## **Comunicación en el cuidado paliativo**

La comunicación e información es uno de los instrumentos básicos de la terapéutica en cuidados paliativos. Comunicar es transmitir a otro algo que se tiene: información<sup>28</sup>.

El objetivo de la comunicación es:

- Informar, orientar y apoyar al enfermo y la familia para que tengan elementos para participar en la toma de decisiones.
- Informarnos, aprender y comprender cuales son las prioridades del paciente y de la familia, así como sus temores, preferencias y valores<sup>28</sup>.

Éste debe ser un proceso dinámico, revisando la información y la percepción de salud o enfermedad con el paciente y su familia, avanzando de este modo en la comunicación para la preparación al deterioro, dependencia e incluso la propia muerte. La capacidad de comunicar malas noticias de manera eficaz es una cualidad esencial para los médicos. Un enfoque sistemático puede reforzar la colaboración entre médico, paciente y familia, ofreciendo la posibilidad de establecer objetivos realistas, planificar con miras al futuro y apoyarse mutuamente<sup>28</sup>.

Para que la comunicación en cuidados paliativos sea adecuada los profesionales que tratan con pacientes terminales deben tener una serie de habilidades<sup>41</sup>:

- Empatía: conocer y comprender qué es lo que siente la otra persona, o lo que es lo mismo, ponerse en el lugar del otro.
- Aceptación incondicional: aceptar a la persona sin realizar juicios de valor.
- Escucha activa: prestar atención para escuchar y comprender y no para responder.

- Asertividad: expresar las propias ideas con respeto hacia los derechos de los demás.
- Comunicación no verbal: ser capaz de revelar los sentimientos o intenciones a través de las actitudes. Puede contradecir, reforzar o regular lo que se dice<sup>41</sup>.

### **Recreación y ocio**

Debido a la condición del paciente con enfermedad terminal este puede presentar un déficit en las actividades recreativas relacionado con un mal control de síntomas, preocupaciones personales relacionado con el futuro, astenia, soledad; depresión, angustia, ansiedad, desinterés, falta de recursos, aislamiento social y falta de conocimiento<sup>30</sup>.

Por lo que la enfermera se encargará de favorecer las actividades sociales de acuerdo a la capacidad del paciente y su entorno social<sup>30</sup>.

#### **b.2.1.4. Necesidades espirituales del paciente con enfermedad terminal**

La dimensión espiritual permite al individuo relacionarse con el mundo, dándole un significado y sentido a la existencia. Establece, además una puerta común entre los individuos, pues lo trasciende y les permite compartir sus sentimientos<sup>42</sup>.

### **Espiritualidad**

Definimos la espiritualidad como la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia, podemos aceptar que esta búsqueda personal aflora especialmente en forma de necesidad, insatisfacción e, incluso, sufrimiento en el final de la vida<sup>42</sup>.

La espiritualidad se define como estar conectado con uno mismo, con otros, con una fuerza vital con Dios, lo que permite experimentar un

sentido de trascendencia personal y darle sentido a la vida. Es una fuerza unificadora e integra la parte física, emocional y espiritual del ser humano. La espiritualidad ayuda a las personas a encontrar un propósito en la vida, a entender las vicisitudes de la misma y desarrollar sus relaciones con Dios o con un poder superior, es decir permite que la persona acepte que no está sólo y que existe alguien o algo que le ayudará en el proceso de sanación o en el progreso de su salud física o bienestar<sup>42</sup>.

Incluye los siguientes aspectos:

- Enfrentarse a lo desconocido o a una incertidumbre en la vida.
- Hallar un significado y un objetivo en la vida.
- Ser consiente y capaz de recurrir a fuerzas y recursos internos.
- Tener la sensación de estar conectado con uno mismo y con Dios o un ser superior<sup>42</sup>.

### **Creencias y valores**

Espiritualidad y religiosidad, a pesar de estar relacionadas, no significan lo mismo. La espiritualidad va más allá de los dogmas de las religiones tradicionales. La religiosidad desarrolla dogmas, el culto y la doctrina compartidas, mientras que la espiritualidad está ligada a las cuestiones, a los aspectos de la vida humana relacionados con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales<sup>43</sup>.

Las creencias y prácticas religiosas influyen mucho en la reacción del enfermo terminal ante la pérdida, en la conducta consiguiente y, a la vez, ayudan en los momentos difíciles. Son recursos valiosos que le permitan adquirir fuerza y valor suficiente para enfrentar la muerte sin temor a la separación y le faciliten encontrar significado a su vida aun dentro de la etapa de sufrimiento<sup>42</sup>.

Las creencias religiosas asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos transcendentales en la vida de la persona. Estas ayudan a la persona a aceptar su enfermedad y poder compartir con otros sobre su condición de salud. Otros individuos ven la enfermedad como una prueba de fe y piensan que si ésta es suficientemente grande van a sentirse mejor. Usualmente, las creencias religiosas ayudan a los individuos a aceptar sus enfermedades y a planificar su futuro. La religión puede servir de ayuda al individuo en el proceso de la muerte, y lo ayuda a fortalecerse durante la vida<sup>42</sup>.

### **c. Teoría del final tranquilo de la vida**

La teoría del final tranquilo de la vida, está conformada por varios marcos Teóricos (Ruland y Moore, 1998); esta se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales. Esta teoría es dominante en todos los tipos de teoría en enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías intermedias o de microrango, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de asistencia sanitaria<sup>44</sup>.

En la teoría, se define la buena vida como conseguir lo que se desea, un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado del FV; la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales, la incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada y necesaria para conseguir desenlaces satisfactorios<sup>44</sup>.

### Conceptos principales utilizados en la teoría

- Ausencia de dolor: la parte fundamental de la experiencia del FV de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión hística potencial o real.
- Experiencia de bienestar: El bienestar se define de forma general, como “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera.
- Experiencia de dignidad y respeto: todo paciente terminal se “respete y se aprecia como un ser humano”. Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección.
- Estado de tranquilidad: la tranquilidad es un “sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación preocupaciones y miedo”. Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.
- Proximidad de los allegados: la proximidad es el sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan”. Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas<sup>44</sup>.

### Afirmaciones teóricas

- Controlar y administrar la analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor.

- Prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la satisfacción, y prevenir las complicaciones contribuye a la experiencia de bienestar del paciente.
- Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto del paciente.
- Proporcionar apoyo emocional, contra y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo.
- Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuidan<sup>44</sup>.

Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad, y de respeto, de estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan y que contribuyen al final tranquilo de la vida<sup>44</sup>.

#### **d. Rol de enfermería en cuidados paliativos**

La atención al final de la vida, entendida como la prestación de cuidados a la persona en la última fase de su ciclo vital, puede oscilar desde unos pocos días hasta muchos meses, según la situación del paciente y sus enfermedades de base<sup>28</sup>.

Cuando se cuida del enfermo en el final de la vida, se debe tener presente, no sólo los principios éticos y morales que envuelven la relación establecida, sino también considerar que la práctica de la enfermería no se reduce a la mera ejecución de técnicas, pues está implicada una relación interpersonal donde los aspectos emocionales, culturales y espirituales deben ser considerados y valorizados. El enfermo debe ser considerado con todo el respeto que le es debido, como ser humano que es, por lo que personalizar sus necesidades es una prioridad a cimentar por los profesionales de salud, familiares u otros cuidadores, respetando sus creencias y deseos, dando al proceso de muerte la posibilidad de proseguir su curso, de forma natural, encaminándose para un fin digno y sereno<sup>33</sup>.

Los cuidados al final de la vida se articulan en un concepto más amplio que engloba la asistencia médica a los pacientes con enfermedades progresivas en las que no existen tratamientos que vayan a modificar sustancialmente su evolución. Frente a los modelos categóricos o finalistas que sitúan al enfermo terminal como si de otro tipo de paciente se tratara (artificialmente clasificado por unos criterios pronósticos), es que surge el modelo de los cuidados al final de la vida, mucho más acorde y que incluye a pacientes con enfermedades crónicas, de curso menos predecible, sin que exista una barrera que los separe de aquellos en los que la muerte se prevé más cercana<sup>4</sup>.

El cuidado es una forma de ser, que trasciende la respuesta emocional o actitudinal<sup>38</sup>.

Cuando el cuidado se expresa en la actividad profesional, se tiene una mejor forma de compromiso con los pacientes que permite compartir los significados de la experiencia de salud, enfermedad, sufrimiento o muerte<sup>32</sup>.



El objetivo de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarlo a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad. Todo ello en un marco de colaboración con el resto del equipo, que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales<sup>45</sup>.

El cuidado al final de la vida constituye un modelo de actuación sanitaria que intenta mejorar y mantener, en la medida de lo posible, la calidad de vida de los pacientes con un padecimiento avanzado y progresivo no susceptible de curación, a través de la identificación temprana y tratamiento adecuado del dolor y otra sintomatología. Son las metas principales del mismo: el alivio y la prevención del sufrimiento, procurar el mayor confort de todos los enfermos con dolor crónico mantenido durante largos períodos, colaborar para que el paciente y la familia acepten la realidad y, propiciar el máximo grado de bienestar para estos enfermos, evitando el uso de medidas desesperadas como el encarnizamiento terapéutico. El trabajo de las enfermeras en este sentido busca facilitar los cuidados del paciente atendiendo a sus necesidades y a que viva con la mayor dignidad posible sus últimos días<sup>45</sup>.

La enfermera dará el cuidado con una actitud positiva y transmitiendo esos sentimientos al paciente, no solo mediante la forma como realiza las actividades, sino también con la expresión de su empatía<sup>45</sup>.

La planeación de cuidado de enfermería en esta etapa deber ir enfocada a brindar apoyo al paciente y a su familia y de manera muy prioritaria, mantendrá una fuerza constructiva para el paciente y sus seres queridos. La enfermera también debe reconocer el papel de la

religión y la fuerza de la religión para algunas familias; por tanto, la respuesta espiritual del paciente y su familia aporta a las necesidades espirituales del paciente y su familia aporta mucho a su comodidad emocional y su bienestar psicológico<sup>45</sup>.

Muchas enfermeras temen enfrentarse a la realidad de la muerte y, por lo tanto, les incomoda atender a los pacientes terminales<sup>45</sup>.

Los sentimientos de la enfermera y el tipo de amenaza que sienten pueden interferir en el proceso de adaptación del paciente. La forma como percibe la enfermera el diagnóstico puede proyectarla al paciente y a la familia, aunque no lo exprese verbalmente<sup>45</sup>.

En esta perspectiva los cuidados paliativos asumen un papel preponderante, evidenciándose en su práctica y aplicación una mayor satisfacción del enfermo (mejor control de síntomas) y familia (control de los niveles de ansiedad). Pues, su filosofía encuadra directrices respecto a los cuidados a prestar en esta fase, no sólo al enfermo como también en lo que concierne al soporte familiar teniendo en perspectiva un enfermo dependiente de los cuidados de otros y para el que la muerte se sitúa en un horizonte muy próximo<sup>33</sup>.

El cuidado al enfermo en el final de la vida debe de ir al encuentro de sus necesidades físicas y psicosociales, adaptándolo a su estado y condición global a cada evaluación<sup>33</sup>.

#### **e. Generalidades sobre Conocimientos y Actitudes**

##### **Conocimiento**

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua

o relación entre: Sujeto – Objeto. Conocer filosóficamente hablando significa aprehender teóricamente los objetos, sus cualidades, sus modos, sus relaciones, en una palabra poseer la verdad o por lo menos buscarla ansiosamente<sup>46</sup>.

Al respecto M. Rossental define al conocimiento como: "Un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionando por las leyes del devenir social se halla indisoluble unido a la actividad práctica".

También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: "acción de conocer" y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa<sup>47</sup>.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es: "aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente"<sup>48</sup>.

Mario Bunge los define como: "Un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar"<sup>48</sup>.

Desde el punto de vista fisiológico Sala Bondy, define el conocimiento: "Primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, éste conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje"<sup>48</sup>.

Entonces se podría concluir es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quien aprende<sup>48</sup>.

#### Tipos de conocimiento

Según Cuyubamba D. Nilda E. señala los siguientes:

- a. Conocimiento Cotidiano: El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia. Tiene lugar en las experiencias cotidianas. Es y ha sido respuesta a necesidades vitales. Ofrece resultados prácticos y útiles. Se transmite de generación en generación<sup>48</sup>.
- b. Conocimiento Técnico: La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes<sup>48</sup>.
- c. Conocimiento Empírico: También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas. Es a metódico y asistemático. El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características<sup>48</sup>:
  - Es asistemático porque carece de métodos y técnicas.
  - Es superficial porque se forma con lo aparente.
  - Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.

- Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo<sup>48</sup>.
- d. Conocimiento Científico: Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Sus características Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza. Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie. Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema<sup>48</sup>.
- e. Conocimiento Filosófico: Es un conocimiento altamente reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.
- f. Conocimiento Teológico: Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica<sup>48</sup>.

#### La teoría del conocimiento

La teoría del conocimiento será una reflexión crítica sobre el conocimiento, pero "conocimiento" se puede entender de tres formas diferentes: la facultad de conocer, que la estudiará la antropología. La actividad de conocer, que la estudiará la psicología. El resultado de conocer, el saber que es patrimonio de las diversas ciencias (y otros saberes) <sup>48</sup>.

#### Formas de adquirir el conocimiento:

“Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo ya actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a

la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas<sup>48</sup>:

- Lo informal: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información<sup>48</sup>.
- Lo Formal: Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular<sup>48</sup>.

## **Actitud**

La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o un aspecto particular de esta. Los seres humanos experimentan en su vida diversas emociones que distan de ser motivadas por su libre elección, en cambio la actitud engloba aquellos fenómenos psíquicos sobre los que el hombre tiene uso de libertad y que le sirven para afrontar los distintos desafíos que le presentan de un modo a otro<sup>49</sup>.

Floyd Allport define la actitud como “un estado de disposición mental y neurológica organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico-directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que está relacionado” <sup>49</sup>.

Las actitudes no se pueden observar directamente si no a través de las conductas o de la expresión verbal de la persona. Además poseen dos propiedades muy importantes que son: una la dirección, que puede ser positiva o negativa, y la segunda propiedad es la intensidad que puede ser alta o baja. Estas características permiten medir a través de

escalas preestablecidas las actitudes de un individuo ante una situación particular<sup>49</sup>.

Milton Rockeach psicólogo norteamericano define la actitud como una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Las actitudes lógicamente son constructos hipotéticos (son inferidos pero no objetivamente observables), son manifestaciones de la experiencia consciente, informes de la conducta verbal, de la conducta diaria<sup>49</sup>.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia<sup>50</sup>.

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva<sup>51</sup>.

#### Elementos de las actitudes

- Signo: las actitudes se diferencian en, buenas o positivas si se dirigen a los valores; malas o negativas si se disponen a actos contrarios a nuestra naturaleza y nos orientan hacia los contravalores o si nos alejan de los objetos y situaciones que representan valores con cierto nivel de intersubjetividad social.

- Dirección: que se deriva del signo de la actitud y que se evidencia con el acercamiento/aceptación o con el alejamiento/rechazo hacia el objeto de la actitud. Se indica en términos bipolares (acepto/rechazo, positiva/negativa).
- Magnitud o intensidad: que se refleja por el grado de acercamiento/aceptación o alejamiento/rechazo hacia el objeto o situación de la actitud. Queda indicada por el nivel de polarización de la actitud<sup>52</sup>.

### Componentes de la actitud

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo. "La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud" (Morales (Coord), 1999; 195).

### El componente cognitivo

En tanto las actitudes son consideradas como mediadores entre un estímulo y un comportamiento o respuesta, son consideradas también como un proceso cognitivo ya que necesariamente forman parte de un proceso que incluye la selección, codificación e interpretación de la información proveniente del estímulo<sup>52</sup>.

Por otro lado, ya se ha mencionado que las actitudes existen en relación a una situación u objeto determinado. Para que esto sea posible se requiere de la existencia de una representación cognoscitiva de dicha



situación u objeto. Las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se almacenan en memoria, son algunos de los componentes cognoscitivos que constituyen una actitud<sup>52</sup>.

Los indicadores de este componente son:

Creencias: estado mental en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, se expresa a través de una afirmación, no tiene una base científica<sup>52</sup>.

Valores: estados a los que las personas dan importancia, por ejemplo el éxito, seguridad, amor, felicidad, etc. Es algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses<sup>52</sup>.

Conocimiento: información adquirida a través de la experiencia o la educación<sup>52</sup>.

El componente afectivo

Este componente es definido por como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social considerado, como el único componente característico de las actitudes. Pero también como el más enraizado y el que más se resiste al cambio<sup>52</sup>.

Las actitudes se distinguen de las creencias y opiniones, las cuales algunas veces integran una actitud provocando reacciones afectivas ya sean positivas o negativas hacia un objeto, es decir, las creencias y opiniones comprenden solamente un nivel cognoscitivo de la conducta humana.

En síntesis, el componente afectivo de una actitud, se refiere al sentimiento ya sea en pro o en contra de un objeto o situación social para lo cual es necesario que exista un componente cognoscitivo<sup>52</sup>.

Los indicadores usados para medirlo son:

Sensibilidad: capacidad de captar valores estéticos y morales, facultad para tener sensaciones. Capacidad para percibir el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas y comprenderlo, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes para actuar correctamente en beneficio de los demás<sup>52</sup>.

Apatía: falta de emoción, motivación o entusiasmo, estado de indiferencia psicológico en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física. Asociado a falta de energía. Puede ser específico hacia una persona, actividad o entorno<sup>52</sup>.

Temor: sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto<sup>52</sup>.

Ansiedad: sentimiento de miedo desasosiego y preocupación. Respuesta emocional displacentera que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, implica comportamientos poco adaptativos.

#### El componente conductual

El elemento conductual se conoce como la predisposición o tendencia general hacia la acción en una dirección predicha. Este componente está directamente relacionado con el componente afectivo, así los sentimientos positivos tienden a generar disposiciones en las personas para entablar un contacto más estrecho y una experiencia prolongada con el objeto de la actitud y los sentimientos negativos que implican tendencias de escape o evasión con el objeto de aumentar la distancia entre la persona o el objeto de la actitud<sup>52</sup>.

Los indicadores utilizados para medir este componente de la actitud serán:

Comodidad: aquello que produce bienestar, confort.

Responsabilidad: valor que está en la conciencia de la persona que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, en el plano de lo moral. Actuar correctamente de acuerdo a determinados parámetros preestablecidos<sup>52</sup>.

Vocación: forma de expresión de la personalidad frente al mundo del trabajo o del estudio. Disposición natural a realizar ciertas actividades lo cual no es innato, puede ser un proyecto de vida<sup>52</sup>.

Aceptación: recibir de forma voluntaria una cosa, conformidad, es algo necesario para la evolución humana<sup>52</sup>.

Rechazo: resistencia a admitir o aceptar algo, tratando de alejarse de aquello que lo produce<sup>52</sup>.

### **2.1.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

#### **Conocimiento**

Es el acumulo de información sobre cuidado paliativos que tienen las enfermeras que brindan cuidados a los pacientes y su familia que están afrontando problemas de orden físico, psicosocial o espiritual inherentes a una enfermedad terminal.

#### **Actitud**

Son las predisposiciones que tienen las enfermeras para aceptación, indiferencia y rechazo hacia el cuidado paliativo en pacientes terminales.

### Cuidado paliativo

Cuidado que brinda la enfermera al paciente y la familia con problemas enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo controlando síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes.

### Paciente terminal

Es aquella persona que está en la fase final de la vida, en la cual debe recibir cuidados paliativos.

## **2.1.4. VARIABLES**

V<sub>1</sub>: Conocimientos sobre cuidados paliativos.

V<sub>2</sub>: Actitudes hacia los cuidados paliativos.

## **2.2. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, porque permite asignar un valor numérico a las variables de estudio, método descriptivo simple, porque permite presentar la información tal y como se obtuvo y de corte transversal, ya que se investigará el hecho en un solo momento.

### **2.2.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, el cual es una institución de nivel III1, considerado hospital de referencia nacional, dependiente del Ministerio

de Salud del Perú y provee servicios de salud mayormente a personas de nivel socio-económico bajo. Dicha institución brinda cuidados de salud a nivel nacional, cuanto con servicios donde se brinda atención integral de enfermería, con promedio de 10 enfermeras por servicio. Para fines de la investigación se tomó todos los servicios de medicina entre los cuales tenemos Santa Ana, San Pedro, San Andres, Santa Rosa II, Santa Rosa III, Julian Are y San Antonio en el cual trabajan un total de 75 enfermeras las cuales cumplen funciones administrativas y asistenciales; dichas enfermeras están distribuidas en dos turnos, un diurno y un nocturno.

### **2.2.3. POBLACIÓN**

La población estuvo conformada por las enfermeras que laboran en el servicio de medicina durante el mes de abril del 2018. Se trabajó con un total de 75 enfermeras que laboran en los servicios de medicina y que reúnan los criterios de inclusión.

### **2.2.4. MUESTRA. MUESTREO**

El tamaño de la muestra estuvo conformada por 55 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el horario de las 7:00am a 7:00pm guardia diurna y de las 7:00 pm a 7:00 am guardia nocturna; se utilizó el muestreo no probabilístico a conveniencia de la investigadora, ya que se contó con las enfermeras que estaban dispuestas a ser encuestadas.

### **2.2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Profesionales de enfermería que laboran en los servicios de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Profesional de enfermería que desee participar libre y voluntariamente previo consentimiento informado.

Profesionales de enfermería que tengan la experiencia de por lo menos 1 año de servicio.

### **2.2.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Profesional de enfermería que no firme el consentimiento informado.

Profesional de enfermería que se encuentre de vacaciones y/o con descanso médico.

Profesional de enfermería que no ha tenido la experiencia de cuidar a pacientes en fase terminal.

### **2.2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos los cuales están compuestos de tres partes la presentación, datos generales e instrucciones y los ítems.

Para la variable actitud se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un formulario tipo escala de Likert, los ítems se constituyen por tres dimensiones derivadas de los componentes de la actitud, como el componente cognitivo (forman parte de un proceso que incluye la selección, codificación e interpretación de la información), el componente afectivo (el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social) y por último el componente conductual

(acción patente, a las expresiones verbales, lo concerniente a la conducta en sí), estas tres dimensiones vienen dadas por 18 ítems.

Para la variable conocimiento se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta y como instrumento un cuestionario de conocimientos sobre cuidados paliativos, las preguntas se constituyen por cuatro dimensiones las cuales derivan de la definición de cuidados paliativos como son la dimensión física, psicoemocional, social y espiritual, estas cuatro dimensiones vienen dadas por 18 preguntas.

#### **2.2.8. PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

Para la recolección de datos, se confeccionó dos instrumentos los cuales serán aplicados a los profesionales de enfermería que conforman la población de estudio.

En primer lugar se proporcionó a los encuestados, una solicitud de consentimiento informado para su participación voluntaria en el proyecto, asegurando a través de la misma la confidencialidad y anonimato de la información.

El instrumento para determinar las actitudes consta de 18 afirmaciones, las cuales poseen cinco alternativas de respuesta. Se utilizó la escala de Likert por ser la más utilizada y efectiva para medir las actitudes de las personas frente a una determinada situación, por una parte demuestra si la actitud está presente y la intensidad con que se presenta esta.

A cada opción de las afirmaciones que componen el instrumento de recolección de datos le corresponderá un valor numérico determinado, el cual será:

- a) Para las afirmaciones positivas:

Muy de acuerdo: 5 puntos

De acuerdo: 4 puntos

Ni en acuerdo ni en desacuerdo: 3 puntos

En desacuerdo: 2 puntos

Muy desacuerdo: 1 punto

b) Para las afirmaciones con sentido negativo:

Muy de acuerdo: 1 puntos

De acuerdo: 2 puntos

Ni en acuerdo ni en desacuerdo: 3 puntos

En desacuerdo: 4 puntos

Muy desacuerdo: 5 puntos

El instrumento para evaluar los conocimientos consta de 18 preguntas las cuales contienen respuestas de opción múltiple con una sola respuesta correcta. El cuestionario fue elaborado por la autora en base a distintas bibliografías sobre el tema, desarrollado de acuerdo al marco teórico y la operacionalización de la variable que lo sustentan.

Luego de la recolección de datos se procesó la información utilizando el Sistema Excel mediante una matriz tripartita, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos facilitando su análisis e interpretación, considerando el marco teórico.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó la base teórica, la estadística descriptiva y el promedio aritmético.



Para la medición de la variable conocimiento se asignó 1 punto a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta; se aplicó la escala de promedio aritmético cuyo valor final fue: conoce y no conoce.

En el caso de la variable actitud se categorizó según stanones para medirla, cuyo valor final es: aceptación, indiferencia y rechazo.

La discusión se desarrolló con los antecedentes y la base teórica conceptual, con la valoración de los porcentajes más significativos, haciendo uso de la frecuencia absoluta de los resultados.

#### **2.2.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

La validez del contenido de ambos instrumentos se obtuvo mediante el juicio de expertos, conformado por 8 profesionales del campo de salud y psicología, así como las docentes que están vinculadas con el área de investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Basada en sus sugerencias se realizaron los ajustes necesarios para la aplicación del instrumento, para determinar la validez se aplicó la tabla de concordancia a través de la prueba de concordancia binomial y se obtuvo un  $p < 0.05$ . (ANEXO E)

Así mismo, se aplicó la prueba estadística alfa de Cronbach a los resultados de la prueba piloto, conformado por 20 enfermeras, obteniendo valores mayores a 0,5 y comprobando la alta confiabilidad del instrumento. (ANEXO F)

#### **2.2.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las acciones que se realicen para llevar a cabo esta investigación no atentaran contra la dignidad de los profesionales de enfermería a los que se les aplique el instrumento pues se tendrá en cuenta las siguientes consideraciones.

## **RESPECTO A LA PERSONA**

Implica al menos cinco actividades diferentes, que deben realizarse incluso después que los sujetos han firmado su consentimiento informado:

- a. Se permitirá que cambie de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses y preferencias, y a retirarse sin sanción.
- b. Se debe respetar la privacidad en la información que suministren los profesionales de enfermería, de acuerdo con reglas claras de confidencialidad en el manejo de datos.
- c. Se proporcionará a los profesionales de enfermería, de inmediato, cualquier información nueva que surja sobre la investigación misma o sobre su situación participativa, que vaya en su beneficio, aunque eso signifique que se retire del estudio.
- d. Se informará a los profesionales de enfermería sobre los resultados de la investigación.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Su finalidad es asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Se relaciona directamente con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, debiéndose tener especial precaución en la protección de grupos vulnerables.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **3.1. RESULTADOS**

Después de recolectar los datos estos fueron procesados y presentados en los gráficos para la variable conocimientos y para actitudes, con el respectivo análisis e interpretación considerando el marco teórico.

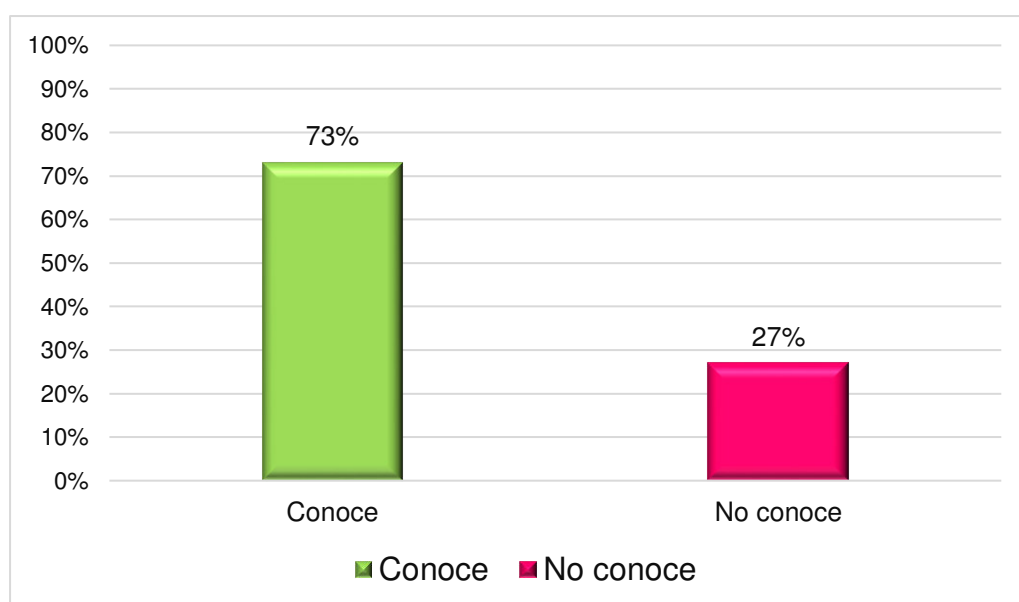
##### **3.1.1. DATOS GENERALES**

En la presente investigación participaron 55 profesionales de enfermería, donde el 78% (43) eran de sexo femenino (Anexo J), respecto a los años de trabajo en el servicio de medicina el 44% (24) tenía de 1 a 3 años de servicio (Anexo K).

##### **3.1.2. DATOS ESPECÍFICOS**

A continuación se muestran los resultados del estudio según los objetivos trazados.

**GRAFICO N°1**  
**CONOCIMIENTOS SOBRE EL CUIDADO PALIATIVO EN PACIENTES**  
**CON ENFERMEDAD TERMINAL, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO**  
**DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**  
**LIMA – PERÚ**  
**2017**

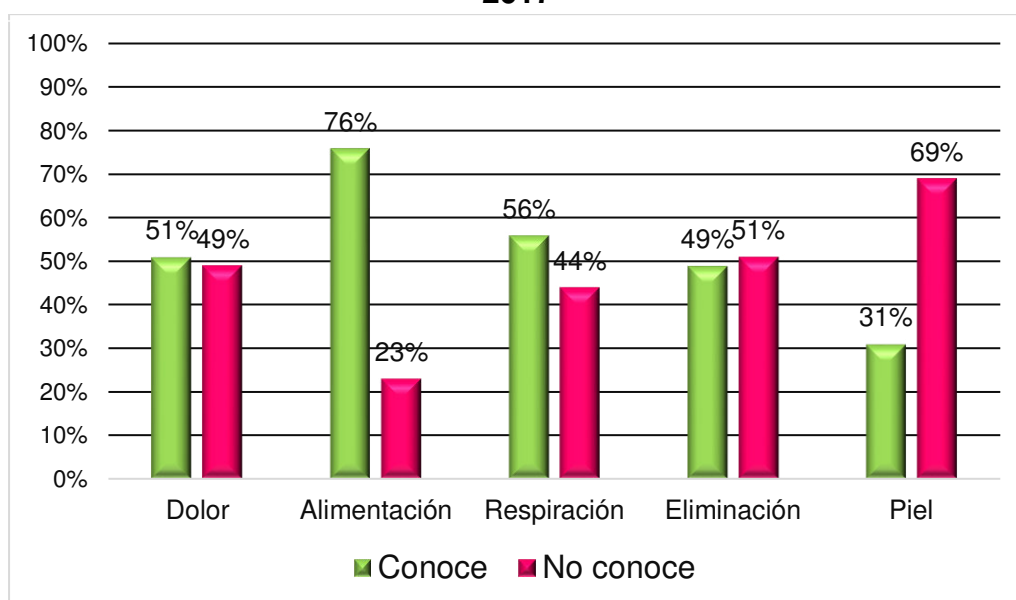


Fuente: Instrumento aplicado en mayo 2018.

En el gráfico N° 1 con respecto al conocimiento sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, se puede apreciar que de 100% (55) profesionales de enfermería, 73% (40) conocen sobre el cuidado paliativo.

**GRAFICO N°2**

**CONOCIMIENTOS SOBRE DIMENSIÓN FÍSICA DEL CUIDADO  
PALIATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL, EN  
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA  
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA – PERÚ  
2017**

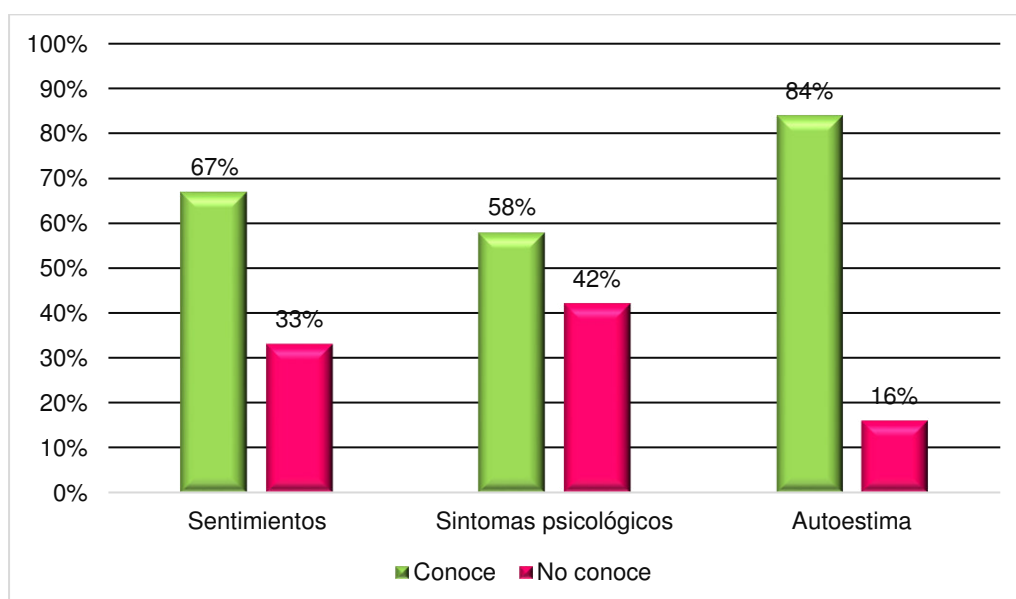


Fuente: Instrumento aplicado en mayo 2018.

En el gráfico N° 2 con respecto al conocimiento de la dimensión física sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en enfermeras del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, se puede apreciar que de 100% (55) profesionales de enfermería, 76% (42) conocen sobre alimentación en el paciente terminal y el 69% (55) no conocen sobre los cuidados de la piel.

**GRAFICO N°3**

**CONOCIMIENTOS SOBRE DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL DEL  
CUIDADO PALIATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
TERMINAL, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA  
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA – PERÚ  
2017**

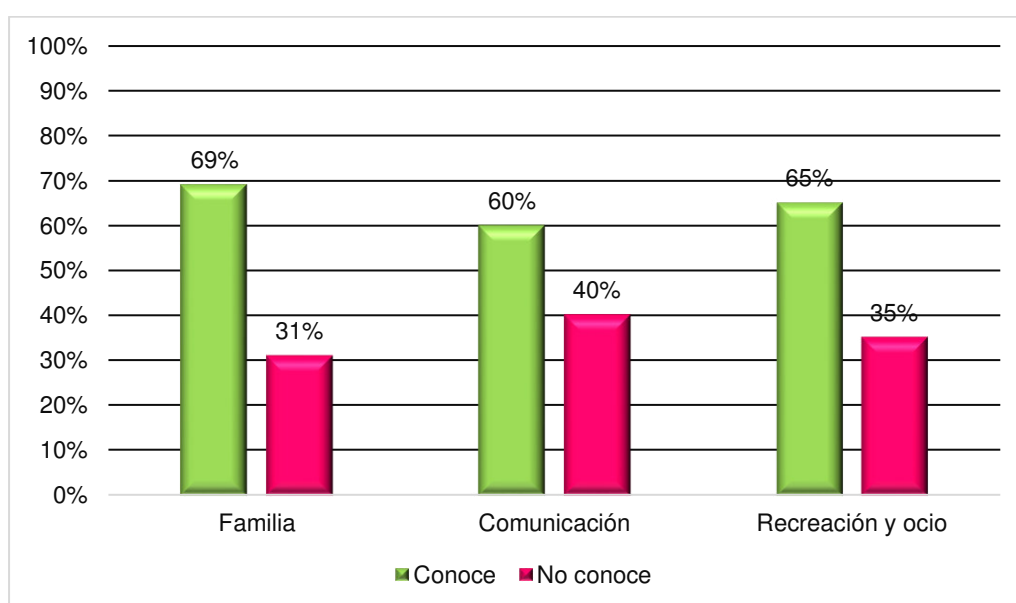


Fuente: Instrumento aplicado en mayo 2018.

En el gráfico N° 3 con respecto al conocimiento sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en la dimensión psicoemocional de las enfermeras del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, se puede apreciar que de 100% (55) profesionales de enfermería, 84% (46) conocen sobre el cuidado hacia la autoestima del paciente terminal y el 67%(37) hacia sus sentimientos.

#### GRAFICOS N°4

### CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL CUIDADO PALIATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2017

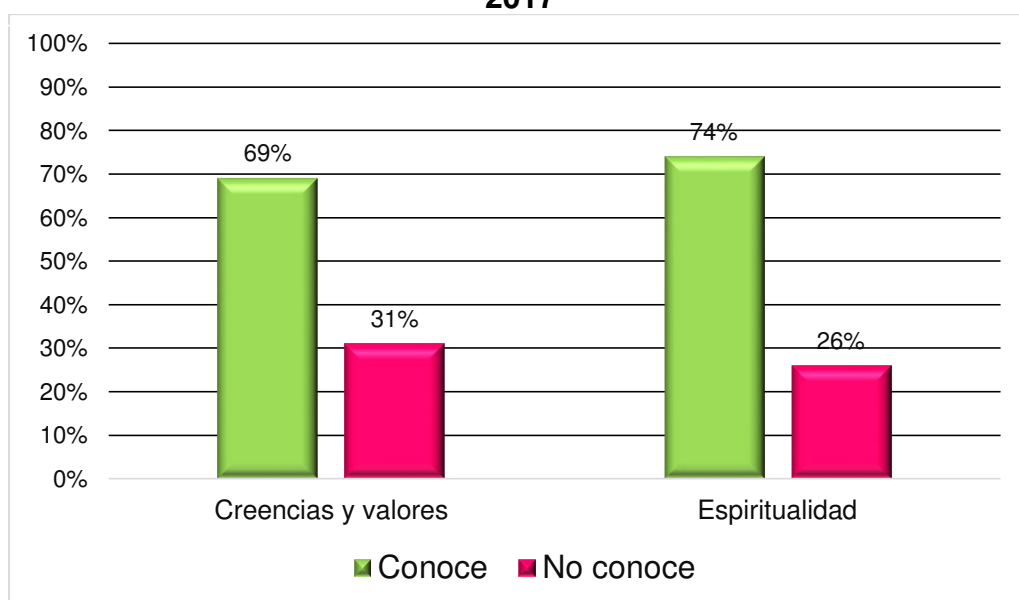


Fuente: Instrumento aplicado en mayo 2018.

En el gráfico N° 4 con respecto al conocimiento sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en la dimensión social de las enfermeras del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, se puede apreciar que de 100% (55) profesionales de enfermería, 69% (38) conocen sobre el cuidado hacia la familia del paciente terminal y el 65%(36) como sobre el cuidado hacia la recreación y el ocio.

## GRAFICOS N°5

### CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DEL CUIDADO PALIATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2017



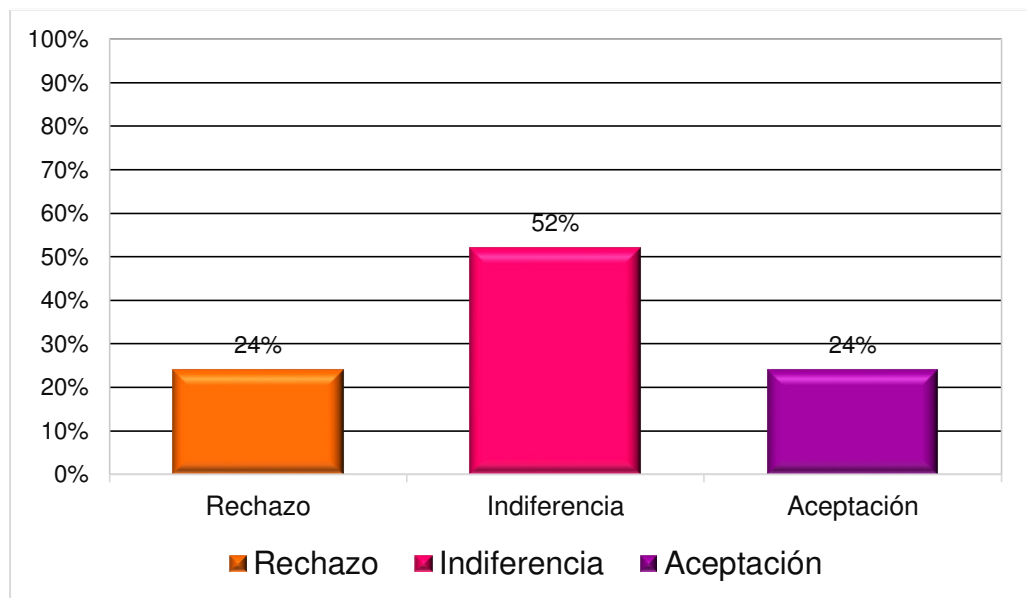
Fuente: Instrumento aplicado en mayo 2018.

En el gráfico N° 5 con respecto al conocimiento sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en la dimensión espiritual de las enfermeras del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, se puede apreciar que de 100% (55) profesionales de enfermería, 74% (40) conocen sobre el cuidado paliativo hacia la espiritualidad del paciente terminal y el 69%(38) conoce sobre el cuidado hacia los valores y creencias.



## GRAFICOS N° 6

### ACTITUDES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2017



Fuente: Instrumento aplicado en mayo 2018.

En la gráfica N° 6 con respecto a la actitud hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en enfermeras del servicio de medicina se puede apreciar que de 100% (55) profesionales de enfermería, el 52% (29) tienen una actitud de indiferencia hacia el cuidado paliativo en pacientes terminales, el 24% (13) tienen una actitud de aceptación y el 24% (13) tienen una actitud de rechazo.

### **3.2. DISCUSIÓN**

Los cuidados paliativos forman parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda enfermedad grave<sup>53</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su reporte del año 1990, define a los cuidados paliativos como “el cuidado total, activo y continuado de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espiritual”. Posteriormente, la OMS ha ampliado esa definición y considera a los cuidados paliativos como un “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”<sup>54</sup>.

Los Cuidados Paliativos, como hemos visto, tienen por objeto proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo tanto en su aspecto físico, emocional, social y espiritual, por lo que el personal de enfermería tiene que adaptarse a las características individuales y a los cambios que se producen en el paciente terminal conforme evoluciona su enfermedad<sup>54</sup>.

Para ejercer unos cuidados paliativos eficaces, los profesionales de enfermería deben contar con conocimiento básico y una actitud que conlleve a desarrollar una buena comunicación con el paciente y su familia para detectar sus necesidades, conocimientos sobre la enfermedad del paciente y los problemas que ésta puede generar y que posean o desarrollen una cierta actitud personal, equilibrio y madurez

para autocuidarse y soportar mejor las situaciones difíciles que acompañan a las personas en estos momentos finales de su vida<sup>54</sup>.

El objetivo de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarle a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad. Todo ello en un marco de colaboración con el resto del equipo, que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales<sup>54</sup>.

Nuestros resultados evidencian que la mayoría de profesionales de enfermería muestran un conocimiento sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en la dimensión física, social, psicoemocional y espiritual, hallazgo similar obtenido en el artículo titulado “Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital español” de los autores Elena Chover-Sierra, Antonio Martínez-Sabater y Yolanda Lapeña-Moñuxen, así mismo los resultados difieren con la investigación titulada “Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014” de la autora Rosmary Hilario Quispe, donde la mayoría de estudiantes tiene un conocimiento medio respecto al cuidado paliativo sugiriendo la autora una reforzamiento en estos conocimientos adquiridos.

Según los resultados obtenidos podemos decir que este conocimiento presente en el personal de enfermería podría estar capacitado para afrontar la creciente complejidad de los cuidados que requieren las personas en situación de enfermedad avanzada y al final de vida, brindando un cuidado integral e individualizado al paciente terminal y a su familia en el proceso de la enfermedad.

Con respecto a la dimensión física del paciente terminal se observa que la mayoría de profesionales de enfermería conoce sobre el cuidado paliativo hacia el dolor, la alimentación y los síntomas respiratorios de paciente terminal, sin embargo la mayoría no muestran un conocimiento sobre el cuidado de la piel y el proceso de eliminación del paciente terminal. Por lo antes mencionado se puede deducir que las enfermeras se encuentran en su mayoría capacitadas para brindar un cuidado adecuado a la dimensión física, sin embargo este no englobaría todos los cuidados a los síntomas por los cuales el paciente terminal pasa al final de la vida; recordemos que con respecto al proceso de eliminación, el estreñimiento es la alteración intestinal con mayor incidencia debido al consumo de opiáceos utilizados en la terapia del dolor de los pacientes terminales por lo que es necesario controlarlo evitando molestias y complicaciones; así mismo los problemas de la piel son muy frecuentes en los pacientes terminales por diversas razones, tales como la malnutrición, deshidratación y/o inmovilidad por lo que es necesario mantener la integridad de la piel a través de los cuidados de enfermería.

Por otro lado al hablar de la dimensión social nuestros resultados evidencian que la mayoría de profesionales de enfermería conoce acerca del cuidado paliativo hacia la familia y la comunicación con el paciente, de esto podemos decir que las enfermeras se encuentran preparadas para entablar una adecuada relación con la familia, como generar un vínculo con el paciente a través de la comunicación y como promover la recreación y el ocio al final de la vida, podríamos decir que al tener conocimiento sobre una adecuada comunicación ayudará al profesional de enfermería recoger mejor los síntomas, las necesidades y los deseos del paciente lo que le permitirá usar a la comunicación como un instrumento de alivio y además como un vehículo muy importante para la transmisión del apoyo social y emocional, por otro lado el

conocimiento y el interés por el apoyo familiar mejora la calidad de cuidado del paciente terminal debido a que la familia es uno de los pilares básicos para el cuidado del enfermo y no se pueden separar las necesidades de éste de las de su familia porque las dos partes funcionan en paliativos como una unidad, por otro lado cabe resaltar que un conocimiento sobre como favorecer las actividades sociales de acuerdo a la capacidad del paciente y su entorno social fomenta el más alto nivel de relación social posible para mantener o aumentar la autoestima y alcanzar el mayor nivel de autorrealización posible.

A su vez los resultados nos muestran que una mayoría de profesionales de enfermería conoce sobre la dimensión psicoemocional del paciente terminal, teniendo conocimiento sobre el cuidado dado a las necesidades psíquicas y emocionales que presenta el paciente terminal, esto ayuda a que el personal de enfermería pueda ser capaz de manejar la situación la cual pasa el paciente y los diferentes sentimientos que pueda manifestar ayudándolo a mejorar la adaptación a cada situación que se presente en el proceso de la enfermedad y ayudando a que el paciente exprese lo que le preocupa generando en el sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia sus logros.

Con respecto a los resultados encontrados podemos decir que una mayoría aceptable tiene conocimiento sobre la dimensión espiritual del paciente terminal, es decir conoce sobre el cuidado paliativo teniendo en cuenta las creencias y valores, un buen manejo en el cuidado de las necesidades espirituales del paciente podría conllevar a que ayudarán a la persona al final de la vida a encontrar significado, mantener la esperanza y aceptar la muerte. Cuando la persona está en el límite entre la vida y la muerte suelen aferrarse a la dimensión espiritual ya que se sienten vulnerables, dejan de ser quienes eran, es ahí donde comienzan las preguntas de sentido de la vida, como estaban viviendo, como es el

vínculo con los seres queridos, con el trabajo y el entorno que los rodea, por eso es responsabilidad de enfermería tener el conocimiento necesario que le permita promover en el paciente el uso de sus propios recursos para enfrentarse a lo desconocido o a una incertidumbre en la vida, hallar un significado y un objetivo en la vida, ser consiente y capaz de recurrir a fuerzas y recursos internos y tener la sensación de estar conectado con uno mismo y con Dios o un ser superior<sup>42</sup>.

En cuanto a los hallazgos de la presente investigación, respecto a las actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal en sus componentes cognitivo, afectivo y conductual, se observa que la mayoría de los profesionales de enfermería presentan una actitud de indiferencia hallazgo similar obtenidos en la investigación titulada “Actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología en el Hospital María Auxiliadora” de la autora Edith Pañihuara Quispe Inga donde los personal de salud del servicio de oncología posee una actitud indiferente frente a la atención que brinda al paciente oncológico, a su vez podemos observar hallazgo similar obtenidos con la investigación titulada “Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de medicinas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013” de la autora Yuliana Flores Benites, donde la actitud encontrada fue de indiferencia.

Cabe resaltar que los resultado encontrados en la presente investigación respecto a la actitud de indiferencia que presentan los profesionales de enfermería hacia el cuidado paliativo del paciente terminal podría significar que en su mayoría los profesionales no logran aceptar el final de la vida como un proceso natural por la que todo ser humano llega en cualquiera de sus etapas, esto no les permite identificar en su totalidad el sufrimiento psicológico, el dolor físico y el sufrimiento

espiritual del paciente terminal y de los familiares que se encargan de cuidarlo, si el profesional de enfermería no presenta una actitud de aceptación ante el cuidado paliativo no podrá identificar las necesidades del paciente para que en el proceso de muerte el paciente terminal tenga un cuidado de calidad, con dignidad y sin sufrimiento con un cuidado humanizado con un enfoque holístico que le permita al paciente terminal y a su familia resolver y enfrentar las situaciones conflictivas que suceden en torno a la muerte mejorando así la calidad de vida, brindando una atención adecuada y respetando la individualidad del paciente. La actitud de indiferencia es definida como el estado de ánimo en que una persona no siente inclinación ni rechazo hacia otro sujeto, un objeto o un asunto determinado, de los cual podemos decir que esta actitud de indiferencia probablemente es generada por diversos factores tales como el número de pacientes asignados que atienden diariamente una enfermera que en muchos caso conlleva a una sobrecarga laboral, la complejidad de cuidado del paciente terminal, estrés laboral, la angustia de la familia por el estado de salud del paciente, desconocimiento de las nuevas técnicas de cuidados paliativos, etc. Al respecto Aguilera S.F, Paniale S.R, Romero U.B, En su investigación de tipo descriptiva sobre “Actitud de enfermería frente al paciente terminal en la Casa de la Bondad y en el Servicio de Medicina Paliativa del Nuevo Hospital San Roque de la ciudad de Córdoba en el 2012, encuentran que en el trabajo con pacientes terminales se hace presente a menudo la carencia de entusiasmo relacionado a la imposibilidad de cura a pesar del esfuerzo profesional y además que el atender a pacientes terminales genera malestar en el profesional enfermero<sup>55</sup>.

La actitud de aparente indiferencia de las enfermeras de este estudio, se asume a diversos factores que pueden estar interviniendo, tales como:

Gran esfuerzo emocional que exige el cuidado de una persona en fase terminal de la vida, si la enfermera presenta elevada carga de pacientes y se encuentra agotada y estresada esto podría influir en el apoyo emocional y afecto brindado tanto a la familia, como a la persona en etapa terminal. De ahí la necesidad de un ambiente físico exclusivo para este tipo de pacientes.

Esta situación, esta generada porque la enfermera tiene que responder a una institución arraigada en una cultura biologista y muchas veces aún paternalista, donde solo interesa mayormente la cantidad y menos la calidad, aunque en los últimos tiempos se está tratando de revertir esta situación<sup>56</sup>.

En la actitud también influye la edad cronológica de la persona, las jóvenes enfermeras son más lábiles para enfrentar el proceso de la muerte y el duelo. Muchas veces huyen de la escena angustiada, temerosa y hasta con sentimientos de culpa, mientras que la experiencia profesional en la enfermera que ha enfrentado muchas veces a la muerte, le da un poco más de dominio emocional, lo cual no quiere decir que sea indiferente al proceso. Es necesario también, que la institución vele por su personal, mediante el apoyo emocional a través de profesionales psicólogos, porque también las enfermeras al estar en contacto con personas en fase terminal y sus familias, y según la edad de ellos, entran en estado de duelo, por lo tanto, es necesario el apoyo psicológico<sup>56</sup>.

Otro factor importante es la preparación de las enfermeras, durante su formación en el pre grado y post grado sobre los cuidados paliativos, en los que el cuidado a la persona y familia debe ser en todas sus dimensiones, nos referimos, al cuidado humanizado. Cuando la ciencia médica determina que no se puede hacer más para detener el proceso hacia el final de la vida, es donde se inician los cuidados



paliativos dirigidos a mantener la calidad de vida en un proceso de morir dignamente. Este proceso también conlleva a la enfermera hacia un estado de angustia, ante la lucha interna en la aplicación de las intervenciones hacia el paciente con base en los principios éticos en torno al final de la vida, sus creencias religiosas, y las decisiones de los otros miembros del equipo de salud, sobre todo la decisión médica, del paciente y la familia<sup>56</sup>.

Al respecto, Watson, refiere, que las enfermeras deben luchar por la reestructuración de la práctica clínica, es necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal. Es por ello que se pretende que las enfermeras entren en un proceso de reflexión profunda sobre la práctica del cuidado paliativo con conocimiento de las implicancias éticas, entender concepción antropológica del dolor y sufrimiento y al verdadero cambio dentro de una relación interpersonal enfermera-paciente-familia, verdaderamente humanizada<sup>57</sup>.

Recordemos, que la enfermera, es la llamada a potenciar, la cercanía, la cordialidad y la ternura, a una persona que necesita apoyo, afecto y sobre todo una presencia amorosa, como lo pregonaba JUAN PABLO II” <sup>57</sup>.

Las acciones de enfermería tienen como propósito ayudar al usuario a conseguir los objetivos generales de fortaleza espiritual, serenidad y satisfacción personal, para ser eficaz en sus actuaciones los profesionales de enfermería deben haber examinado y revisado sus propias creencias y valores personales y si se siente incómodos ayudando al paciente en el proceso de la enfermedad. Una actitud indiferente no ayudará al profesional a respetar las creencias del paciente terminal y no juzgar ni calificarlas de buenas o malas, desvinculándose de la angustia espiritual por la que pasa todo paciente, sin ayudarlo a encontrar un significado a lo que está pasando y a que

utilice sus recursos para enfrentarse a la enfermedad<sup>58</sup>, a su vez el conocimiento adquirido por el profesional de enfermería implica el desarrollo de valores que tienen que ver con el respeto por los derechos humanos, a la dignidad humana, a la muerte, la vida, las creencias y las ideas, siendo indiferentes a ellos no se puede mejorar el cuidado que se brinda en cuidados paliativos<sup>57</sup>.

A su vez los resultados nos muestran que la mayoría de profesionales de enfermería tiene una actitud de indiferencia en la dimensión afectiva la cual abarca la sensibilidad, la apatía, el temor y la ansiedad hacia el cuidado paliativos, de esto se deduce que el cuidado paliativo puede verse afectado por diversos sentimientos negativos, recordemos que en el trabajo diario el profesional de enfermería puede estar expuesto a situaciones desagradables, molestas y dolorosas, como lo son en estos casos el sufrimiento y la muerte. Sin embargo, un enfermero tiene que modificar o suprimir sentimientos negativos para conseguir que los pacientes se sientan cuidados y seguros.

Por otro lado al hablar de la dimensión conductual de la actitud podemos observar que una mayoría aceptable presenta una actitud de indiferencia, esta dimensión abarca la vocación, respeto, comodidad y la aceptación y el rechazo hacia el cuidado del paciente terminal, esto refleja que el personal de enfermería en su mayoría no está satisfecho con el trabajo con el paciente terminal pudiendo considerarlo como una sobrecarga laboral, la enfermera/o consciente de la alta calidad de los cuidados paliativos, debe esforzarse por prestar hasta el final de la vida, compasión y cuidados necesarios para aliviar los sufrimientos del paciente terminal mostrando su vocación y esmero aceptando el proceso de muerte como una etapa final de la vida. Una actitud de indiferencia no permitirá que la enfermera ejecute con habilidad y paciencia las acciones planificadas en su trabajo diario.

El rol de enfermería en los cuidados paliativos tiene como objetivo contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida del paciente terminal y ayudarlo a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad. Todo ello en un marco de colaboración con el resto del equipo, que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales<sup>49</sup>.

Cicely Saunders afirma que " un cambio de actitudes y educación de todos los profesionales implicados con los pacientes que tienen una enfermedad crónico-degenerativa, exige un compromiso humano, más allá de medicaciones e intervenciones costosas, y debe ser una preocupación de todos los gobiernos"<sup>15</sup>.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. CONCLUSIONES**

- La mayoría de enfermeras del servicio de medicina conocen sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal sin embargo las actitudes hacia los cuidados paliativos son de indiferencia.
- La mayoría de enfermeras del servicio de medicina tienen conocimiento sobre cuidados paliativos en la dimensión física tales como la alimentación y nutrición adecuada al final de la vida y el soporte en la función respiratoria. Sin embargo, un porcentaje significativo desconocían como mantener la integridad de la piel y como favorecer una eliminación apropiada al final de la vida.
- La mayoría de enfermeras del servicio de medicina conocen sobre cuidados paliativos en la dimensión social, tales como la atención integral a la familia respondiendo frente a sus dudas y la comunicación activa al Informar, orientar y apoyar al enfermo y la familia.
- La mayoría de enfermeras del servicio de medicina conocen sobre cuidados paliativos en la dimensión psicoemocional tales como Identificar el miedo en el paciente y establecer estrategias de afrontamiento, y favorecer la expresión de sentimientos con escucha activa.

- La mayoría de enfermeras del servicio de medicina conocen sobre cuidados paliativos en la dimensión espiritual como ayudar al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano.
- La mayoría de enfermeras del servicio de medicina presenta una actitud de indiferencia hacia los cuidados paliativos, es decir indiferencia frente a las creencias, valores, el temor y la ansiedad del paciente terminal; indiferencia a la vocación, respeto, comodidad de la persona al final de su vida.

#### **4.2. RECOMENDACIONES**

- A los profesionales de enfermería, mayor capacitación y compromiso en cuidados paliativos y manejo del dolor en pacientes en estado terminal.
- A las Instituciones de Salud deben seguir capacitando profesionales de enfermería sobre los cuidados paliativos al paciente terminal, actualizándolos con conocimientos acerca del proceso por el que pasa el paciente y la familia al final de vida.
- A la Escuela de enfermería considerar en todas las asignaturas de la carrera capítulos completos sobre enfermería en cuidados paliativos y manejo del dolor según etapa de vida.

- Realizar estudios cualitativos sobre las actitudes de los profesionales de enfermería hacia los cuidados paliativos en pacientes con enfermedad terminal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Juárez-Rodríguez PA. La importancia del cuidado de enfermería. :3.
2. Ferrari P por AC. Enfermería UP Licenciadas de vanguardia [Internet]. [citado 28 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://enfermeriaupmexico.blogspot.com/2010/07/esencia-de-la-profesion-de-enfermeria.html>
3. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. 2009.
4. Rubial Bernárdez F. Los cuidados al final de la vida [Internet]. Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud: Comisión GaLlega de Bioética; [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: [https://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST\\_240912\\_link.pdf](https://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912_link.pdf)
5. Mengual FB, Pérez JT, Sesé GM, Pérez MF, Cardona RB. Paciente terminal.
6. Calvo A. El enfermo teminal y la muerte. Bioética y Ciencias de la Salud. 5(2):1-7.
7. Estadísticas del cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
8. : MINSA :. - Ministerio de Salud del Perú [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=24166>
9. MORTALIDAD DL, PAÍS GEE. Perú progreso para todos. :89.

10. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. La enfermedad renal crónica en el Perú. En: Boletín epidemiológico del Perú [Internet]. [citado 14 de octubre de 2018]. p. 291. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/16.pdf>
11. OMS | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
12. Orbegozo A A, Astudillo A. W. La enfermería y la filosofía de los cuidados al final de la vida [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/FILOSOFIA-DE-LOS-C.P.-Y-ENFERMERIA.pdf>
13. Ignacia PM. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. 2007;32:7.
14. Colautti N. Autoevaluación sobre la formación en Cuidados Paliativos en un grupo de Residentes de medicina. [Internet]. [Córdoba]; 2011 [citado 4 de octubre de 2018]. Disponible en: [http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/colautti\\_norma\\_lucia.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/colautti_norma_lucia.pdf)
15. Pessini L, Bertachini L. NUEVAS PERSPECTIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS. Acta bioethica. 2006;12(2):231-42.
16. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamerica [Internet]. Copyright; [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica.pdf>



17. MINSA. Plan Esperanza [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/esperanza/>
18. Egresos por grupo de edades según causa. Hospital Nacional Dos de Mayo; 2013 2017.
19. Villa DS. Normas Legales. LEY QUE CREA EL PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS. 19 de Setiembre;1.
20. Faria DAP, Maia EMC. Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. Revista Latino-Americana de Enfermagem. diciembre de 2007;15(6):1131-7.
21. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital español. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 19 de octubre de 2017 [citado 22 de marzo de 2018];25(0). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100381&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100381&lng=en&tlng=en)
22. Hernández-Sánchez ML, Aguilar-García CR. Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. :4.
23. CINTA SANCHEZ A. Actitud tanatologica de enfermería con pacientes con etapa terminal [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://studylib.es/doc/6792663/actitud-tanatologica-de-enfermer%C3%ADa-con-pacientes-con-etap...>

24. Anyuid GRV. Conocimiento de la enfermera sobre cuidados paliativos en pacientes terminales en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2016. [Perú. Lima]: Universidad César Vallejo; 2016.
  
25. Hilario Quispe R. Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014 [Internet] [Ph.D. Thesis]. Univerdidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5713/Hilario\\_qr.pdf;jsessionid=3F25B25495180397280455BF32D890C8?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5713/Hilario_qr.pdf;jsessionid=3F25B25495180397280455BF32D890C8?sequence=1)
  
26. Pañihuara Quispe-Inga E. Actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del Servicio de Oncología. Hospital Maria Auxiliadora, Lima-Perú 2014 [Internet]. 2015 [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-790257>
  
27. Benites F, Carina Y. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013 [Internet]. 2014 [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-737432>
  
28. Trabal JF. ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA. :761-8.
  
29. Ecuador M de SP. Cuidados paliativos: Guía de práctica clínica, adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS. Quito: Ministerio de salud pública; 2014.

30. Bouza ET, Torrado RV. Enfermería en cuidados paliativos: Hospitalización durante los últimos días de vida. *Enfermería Global* [Internet]. 2004 [citado 26 de abril de 2018];3(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/546>
31. Herrero Díez A. Actividad de enfermería en cuidados paliativos [Internet]. Universidad Pontificia de Salamanca; [citado 26 de abril de 2018]. Disponible en: <http://summa.upsa.es/high.raw?id=0000043307&name=00000001.original.pdf>
32. Alfonso Esper-Rued J. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer. Una necesidad actual y vigente.
33. Gomes R, Margarida A. El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. *Enfermería Global*. febrero de 2010;(18):0-0.
34. Colell Brunet R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña [Internet] [Ph.D. Thesis]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2005 [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/4753>
35. OCU - SALUD. Calidad de vida de los enfermos terminales [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/encuestaocudic00.pdf>
36. Chacón RP. El paciente en estado terminal. *BIOÉTICA*. 2008;8(2):15-9.
37. Calvo AZ. El enfermo terminal y la muerte. :7.

38. Arévalo F. Cuidados a la persona con enfermedad terminal [Internet]. 2003 [citado 15 de diciembre de 2017]. Disponible en: [http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS\\_Enfermo\\_Terminal.pdf](http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf)
39. Iglesias C. Aspectos psicológicos ante la enfermedad y la muerte [Internet]. 2013 [citado 15 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://studylib.es/doc/4869380/aspectos-psicol%C3%B3gicos-ante-la-enfermedad-y-la-muerte>
40. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*. enero de 2016;13(1):55-60.
41. Kubler-Ross E. "Morir no es algo que temer. Puede ser la experiencia más maravillosa de su vida. Todo depende de cómo se ha vivido". :41.
42. Alarcón Soca I. Necesidades espirituales de los pacientes terminales del servicio de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2009 [citado 19 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/522>
43. Gomes AMR. La espiritualidad ante la proximidad de la muerte... *Enfermería Global* [Internet]. 2011 [citado 19 de marzo de 2018];10(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122831>
44. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España; 2008. 850 p.

45. Pérez Peláez L. Atención de enfermería al paciente terminal. instname: Universidad de Antioquia [Internet]. 1985 [citado 19 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/4822>
46. Cheesman de Rueda S. Conceptos Básicos en investigación [Internet]. [citado 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
47. La diferencia entre conocimiento y sabiduría [Internet]. [citado 20 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.agustinsaavedraweise.com/art-2008/la\\_diferencia.php](http://www.agustinsaavedraweise.com/art-2008/la_diferencia.php)
48. El Conocimiento [Internet]. Scribd. [citado 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/127441341/El-Conocimiento>
49. Actitud y desempeño laboral - 1598 Palabras | Monografías Plus [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/docs/Actitud-y-desempe%C3%B1o-laboral-FKL2YZZMZ>
50. Aigner M. Técnicas de medición por medio de encuestas. La Sociología en sus Escenarios [Internet]. 25 de agosto de 2010 [citado 19 de marzo de 2018];0(18). Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/6552>
51. Spinosa B. Ética: demostrada según el orden geométrico. [Internet]. 2005.<sup>a</sup> ed. México; [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://daimon.univalle.edu.co/Documentos\\_descargas/Etica\\_de\\_Spinosa\\_1.pdf](http://daimon.univalle.edu.co/Documentos_descargas/Etica_de_Spinosa_1.pdf)

52. Teoría General de las Actitudes [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf>
53. Cuidados Paliativos El alivio que necesita cuando tiene una enfermedad grave [Internet]. [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>
54. Castillo Arévalo F. Cuidados a la persona con enfermedad terminal [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS\\_Enfermo\\_Terminal.pdf](http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf)
55. Fabián S, Ricardo S. Actitud de enfermería frente al paciente terminal. :49.
56. Parodi JF, Morante R, Hidalgo L, Carreño R. Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. Horizonte Médico. enero de 2016;16(1):69-74.
57. Llauradó Sanz G. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. Ene. mayo de 2014;8(1):0-0.
58. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Necesidad de actuar según creencias y valores.

## **ANEXOS**

## **INDICE**

<b>ANEXO</b>	<b>PAG.</b>
<b>A</b> OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	<b>I</b>
<b>B</b> CUESTIONARIO	<b>III</b>
<b>C</b> INSTRUMENTO ESCALA TIPO LICKERT	<b>IX</b>
<b>D</b> CONSENTIMIENTO INFORMADO	<b>XII</b>
<b>E</b> VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS	<b>XIII</b>
<b>F</b> CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	<b>XV</b>
<b>G</b> TABLA DE MATRIZ DE DATOS	<b>XX</b>
<b>H</b> ESTABLECIMIENTO DEL VALOR FINAL- CONOCIMIENTOS	<b>XXIV</b>
<b>I</b> ESTABLECIMIENTO DEL VALOR FINAL-ACTITUDES	<b>XXVI</b>
<b>J</b> TABLA Nº1: SEXO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	<b>XXX</b>
<b>K</b> TABLA Nº2: AÑOS DE SERVICIO DEL PROSESIONAL DE ENFERMERÍA	<b>XXXI</b>
<b>L</b> TABLA DE RESULTADOS-CONOCIMIENTO	<b>XXXII</b>
<b>M</b> TABLA DE RESULTADOS-ACTITUDES	<b>XXXIV</b>



**ANEXO “A”**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Conocimiento sobre el cuidado paliativo a en la fase final de la vida.	Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica.	Física	Dolor	Conoce No conoce
			Alimentación y nutrición	
			Respiración	
			Eliminación	
			Piel	
		Psicoemocional	Sentimientos	
			Síntomas psicológicos	
			Autoestima	
		Social	Familia	
			Comunicación	
			Recreación y ocio	
		Espiritual	Creencias y valores	
			Espiritualidad	

Definición operacional de la variable: Es el acumulo de información sobre cuidado paliativos que se brinda a los pacientes y su familia cuando afrontan problemas de orden físico, psicosocial, espiritual o psicoemocional inherentes a una enfermedad terminal.; medido a través de un cuestionario que permite catalogarlo en conoce y no conoce.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Actitudes en los cuidados paliativos a pacientes en la fase final de la vida.	La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o un aspecto particular de esta.	COMPONENTE COGNITIVO	Creencias	Aceptación Indiferencia Rechazo
			Valores	
			Conocimiento	
		COMPONENTE AFECTIVO	Sensibilidad	
			Apatía	
			Temor	
			Ansiedad	
		COMPONENTE CONDUCTUAL	Comodidad	
			Responsabilidad	
			Vocación	
			Aceptación y Rechazo	

Definición operacional de la variable: Son las predisposiciones dado por las experiencias la forma de pensar, sentir del profesional de enfermería en sus componentes cognitivo, afectivo y conductual que tienen las enfermeras al brindar cuidado paliativo al paciente en la fase final de la vida el cual será medido a través de una escala tipo likert cuyo valor final será expresado en actitud de aceptación, indiferencia o rechazo.

## **ANEXO “B”**

### **CUESTIONARIO**

#### **I. PRESENTACIÓN**

Estimados Licenciados en enfermería, mi nombre es Déborah Guillén López soy egresada de enfermería de la UNMSM y estoy realizando un estudio de investigación con el objetivo de determinar los conocimientos sobre el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del Servicio de Medicina, por lo que solicito su total colaboración para el llenado de dicho cuestionario. La información que ud nos brinde será de carácter ANONIMO por lo que se le pide su sinceridad y veracidad en los datos brindados al responder este instrumento basado en su experiencia, agradezco de ante mano su colaboración.

#### **II. DATOS GENERALES**

1. Sexo:                      Femenino ( )                      Masculino ( )
2. Años de trabajo en el servicio de medicina:

#### **III. INSTRUCCIONES**

En las hojas subsiguientes encontrará usted un listado de preguntas seguido de sus respectivas alternativas, lea cada alternativa y marque con un aspa (x) la alternativa que usted considere correcta según sus conocimientos.

#### **IV. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO**

1. ¿Qué tratamiento se podría usar para aliviar el dolor del paciente terminal?
  - a. Mejora de la alimentación.
  - b. Métodos físicos: masajes, calor-frio, etc.
  - c. Intervención psicológica.
  - d. Escuchar al paciente.
  
2. ¿Qué tipo de cuidado es el adecuado para la alimentación en el paciente terminal?
  - a. Proporcionar porciones pequeñas de alimento de 6 a 8 al día.
  - b. Promover a que él paciente consuma todo el alimento.
  - c. Estimular el consumo de líquidos durante la comida.
  - d. Evitar el consumo de alimentos grasosos.
  
3. ¿Qué cuidado se debe brindar en un proceso de disnea?
  - a. Dejar al paciente para buscar al médico cuanto antes.
  - b. Aflojar ropa, colocar en posición semifowler.
  - c. Colocar al paciente en posición decúbito supino.
  - d. Brindar líquidos.
  
4. ¿Cuál es la acción de enfermería adecuada ante el estreñimiento?
  - a. Evitar el uso de medicamentos AINES.
  - b. Aconsejar la dieta con alto contenido de fibra en pacientes con debilidad.
  - c. Revisar diariamente la frecuencia y aspecto de las heces.

- d. Favorecer el consumo de harinas.
5. Las intervenciones de enfermería para evitar el riesgo de deterioro de la integridad cutánea están orientadas a:
- a. Baño al paciente, solo en caso de necesitarlo, evitando enfermedades respiratorias.
  - b. Promover la movilidad cada hora en todos los casos.
  - c. Aconsejar el uso de ropa sintética y ajustada.
  - d. Hacer uso de cremas hidratantes después del baño.
6. ¿Cuándo la enfermera identifica que su paciente con enfermedad terminal se encuentra triste, su principal cuidado será?
- a. Mejorar su cuidado.
  - b. Apoyarlo de manera continua.
  - c. Fomentar una relación empática.
  - d. Medios físicos: masajes, música.
7. Para controlar la ansiedad del paciente con enfermedad terminal la enfermera deberá:
- a. Evitar hablar sobre su enfermedad.
  - b. Favorecer la expresión de sentimientos con escucha activa.
  - c. Mantener al paciente siempre acompañado.
  - d. Evitar que realice actividades físicas.
8. Si el paciente con enfermedad terminal se encuentra hostil y no colabora con su cuidado, la enfermera deberá:
- a. Continuar con su cuidado, ignorándolo.
  - b. Permitirle desfogar su ira como mejor le parezca.
  - c. Forzarlo a que reduzca su ira.
  - d. Ayudarlo a reconocer su ira, pero sin entrar en la misma.

9. ¿Qué acción realizaría para ayudar al paciente a superar el sentimiento de miedo?
- a. No debe intervenir pues el psicólogo se debe encargar.
  - b. Pedirle que olvide cuál es su temor.
  - c. Identificar el miedo en el paciente y establecer estrategias de afrontamiento.
  - d. Ayudarlo a huir del temor.
10. ¿Qué acción realizaría para promover la autoestima del paciente con enfermedad terminal?
- a. Establecer una comunicación a corto plazo.
  - b. Evitar comunicarle su estado de salud.
  - c. Valorar su aspecto y logros positivos frecuentemente.
  - d. Pedirle que evite observar su apariencia física.
11. Para entablar una adecuada comunicación con el paciente con enfermedad terminal la enfermera deberá:
- a. Hacer preguntas directas y abiertas asegurándose la adecuada comprensión.
  - b. Entablar una comunicación solo si el paciente puede hablar.
  - c. Usar un dialogo con términos médicos.
  - d. Dialogar solo con la familia del paciente.
12. Para promover la participación de la familia en el cuidado, la enfermera deberá:
- a. Educar a la familia sobre los cuidados del paciente.
  - b. Preparar a una sola persona como cuidador del paciente.
  - c. Asignarle funciones en todo momento que este con el paciente.
  - d. Evitar el dialogo constante.

13. ¿Qué acciones de enfermería realizaría hacia familia del paciente con enfermedad terminal?

- a. Evitar que este mucho tiempo en contacto con el paciente, disminuyendo su sufrimiento.
- b. Hacer que cumpla de manera estricta el horario de visita.
- c. Resolver sus dudas en cada momento.
- d. Pedir a la familia que espere al médico para los informes sobre el paciente.

14. En los cuidados paliativos el objetivo de la comunicación será:

- a. Brindar información veraz.
- b. Obtener datos de la familia y el paciente.
- c. Generar un vínculo enfermera paciente.
- d. Informar, orientar y apoyar al enfermo y la familia.

15. Para promover la recreación y el ocio en el paciente con enfermedad terminal la enfermera deberá:

- a. Dejar que el paciente salga del servicio a pasear.
- b. Promover el entretenimiento a través de la música, la lectura, etc.
- c. Evitar las constantes visitas de amigos y familiares del paciente.
- d. Asignarle actividades para su cuidado.

16. Para mostrar respeto a las creencias del paciente terminal la enfermera deberá:

- a. Ser creyente de una religión.
- a. Tener la misma religión que el paciente.
- b. Traer a un padre para orar en el servicio.

- c. Comprometerse espiritualmente con el enfermo.

17. ¿Qué acción debe realizar la enfermera para brindar apoyo espiritual?

- a. Traer un sacerdote al servicio.
- b. Ayudar al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano.
- c. Participar de en las ceremonias religiosas del paciente.
- d. Rezar por el paciente.

18. ¿Qué acción debe realizar la enfermera para evitar el sufrimiento espiritual del paciente terminal?

- a. Dejar al paciente en su soledad.
- b. Evitar hablar de temas religiosos.
- c. Proporcionar consuelo y apoyo directo.
- d. Ver al paciente como persona vulnerable.



## **ANEXO “C”**

### **INSTRUMENTO ESCALA TIPO LICKERT**

#### **IV. PRESENTACIÓN**

Estimados compañeros, mi nombre es Déborah Guillén López soy interna de enfermería de la UNMSM, a continuación, se presentará el siguiente instrumento que ha sido elaborado con el objetivo de determinar las actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del Servicio de Medicina. La información que ud nos brinde será de carácter ANONIMO por lo que se le pide su sinceridad y veracidad en los datos brindados al responder este instrumento basado en su experiencia, agradezco de ante mano su colaboración.

#### **V. DATOS GENERALES**

3. Sexo:                      Femenino ( )                      Masculino ( )

4. Años de trabajo en el servicio de medicina:

#### **VI. INSTRUCCIONES**

El tema del presente instrumento es el cuidado del paciente en estado terminal, de modo que cada uno de los enunciados pretende captar su actitud frente a este tipo de pacientes que están próximos a fallecer.

Cada ítem cuenta con cuatro alternativas de respuesta en la cual deberá marcar con un aspa (x) a la alternativa que considere que es correcta utilizando los siguientes criterios:

MA: Muy de acuerdo

A: De acuerdo

NA/ND: Ni en acuerdo ni en desacuerdo

D: En desacuerdo

MD: muy en desacuerdo

## V. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

Nº	AFIRMACIONES	MA	A	NA/ND	D	MD
1.	Me frustra saber que los cuidados no mejoran el estado de salud del paciente terminal.					
2.	Considero a la atención del paciente terminal como una sobrecarga laboral.					
3.	Me siento preparada para afrontar la situación de muerte del paciente terminal.					
4.	Me resulta agradable saber que facilito el reposo, la relajación y la satisfacción del paciente terminal.					
5.	El brindar cuidados a pacientes terminales me genera temor porque se instala en mis sentimientos la idea de sufrimiento ante nuestra propia muerte					
6.	El saber que va estar bajo mi cuidado un paciente que va a morir me resulta estresante por su complejo estado de salud.					
7.	Considero innecesario involucrarme con las creencias religiosas del paciente terminal, si no son las mismas que las mías.					

8.	Considero que enfermería puede intervenir muy poco en el proceso emocional del paciente terminal.					
9.	No conozco nuevas técnicas de cuidados paliativos para brindar a los pacientes terminales una muerte digna.					
10.	Me interesa saber cómo afronta el paciente terminal su estado de salud.					
11.	Me incomoda contar con presencia de la familia del paciente terminal pues suelen presionar dificultando el cuidado.					
12.	En el trabajo con pacientes terminales no se hace presente mi entusiasmo y esmero.					
13.	Me da gusto brindar durante mi atención, buenos ánimos al paciente terminal evitando que se deprima.					
14.	Me siento preparada para apoyo espiritual al paciente terminal.					
15.	Valoro el dolor del paciente terminal y sus características.					
16.	Me incomoda que el paciente terminal no siempre se encuentra lúcido.					
17.	Me incomoda dedicar más tiempo del necesario en la atención del paciente terminal.					
18.	Superviso que el personal técnico de enfermería brinde la adecuada atención al paciente terminal.					

**Gracias por su  
participación**

## **ANEXO “D”**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del trabajo: Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo en pacientes con enfermedad terminal, en enfermeras del Servicio de Medicina de un hospital público, Lima, 2017.**

Mi nombre es Déborah Guillén López, soy egresada de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tengo el agrado de dirigirme a Ud. Muy cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, cual se realiza en base a un consentimiento informado cuya finalidad es asegurar que los individuos que participan en la investigación han expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación.

El propósito de esta investigación se realiza con la finalidad de motivar a los profesionales de enfermería a realizar trabajos de investigación sobre cuidados paliativos en pacientes terminales, adquiriendo nuevos conocimientos y desarrollando actitudes a beneficio del paciente con enfermedad terminal y a la mejora de su calidad de vida.

Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información.

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. Asimismo, he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por la investigadora para recoger la información, lo que le da un carácter confidencial a los datos recolectados.

Firma y sello del participante:

---

**ANEXO “E”**  
**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**  
**SOBRE CONOCIMIENTOS**  
**PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS**

ITEMS	Nº DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se realizaron las sugerencias de los instrumento antes de su aplicación.

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Si  $P < 0.05$  el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVO**, de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVA**.

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**  
**SOBRE ACTITUDES**  
**PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS**

ITEMS	Nº DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7.	1	1	1	0	1	1	1	0	0.145

Se realizaron las sugerencias de los instrumento antes de su aplicación.

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Si  $P < 0.05$  el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVO**, de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son de 0.0024 menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVA**.

**ANEXO “F”**

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

**PRUEBA ESTADÍSTICA DE CONFIABILIDAD**

**COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH**

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Dónde:

k = número de ítems

$\sum \sigma_i^2$  = suma de las varianzas de los ítems

$\sigma_t^2$  = varianza de los totales

Rangos de confiabilidad	Magnitud
0.81 a 1.00	Muy alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy baja

## COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH PARA LA CONFIBILIDAD DEL INSTRUMENTO CONOCIMIENTOS

TABLA DE MATRIZ DE DATOS - CONOCIMIENTOS																			
PROFESIONALES DE ENFERMERIA	DIMENSIÓN FÍSICA					DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL					DIMENSIÓN SOCIAL					DIMENSIÓN ESPIRITUAL			TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17
3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
4	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14
5	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17
7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16
11	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14
12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	15
13	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	10
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
15	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15
16	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13
17	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
20	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
	0.1	0	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	4.2



### COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Reemplazando valores, resulta:

Para el cuestionario de conocimientos:

$$\alpha = \left( \frac{18}{17} \right) \left( 1 - \frac{1,7}{4,2} \right) = 0.61$$

Por lo tanto el instrumento es altamente confiable.

## COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH PARA LA CONFIBILIDAD DEL INSTRUMENTO ACTITUDES

TABLA DE MATRIZ DE DATOS - ACTITUD																				
PORFESIONALES DE ENFERMERÍA	COMPONENTE COGNITIVO					COMPONENTE AFECTIVO							COMPONENTE CONDUCTUAL							TOTAL
	CREENCIAS	VALORES	CONOCIMIENTO			SENSIBILIDAD			APATIA	TEMOR	ANSIEDAD	COMODIDAD	RESPONSIBILIDAD			VOCACIÓN		ACEPTACIÓN		
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7		
1	4	4	5	5	5	3	4	3	5	5	4	5	5	4	5	4	4	5	79	
2	2	3	3	5	3	1	5	5	5	5	2	5	1	5	4	1	4	1	60	
3	3	1	2	5	4	4	3	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	74	
4	4	2	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	
5	5	4	5	5	3	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	76	
6	2	5	5	2	3	2	3	4	4	2	2	2	3	2	2	1	1	2	47	
7	1	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	64	
8	2	5	5	2	5	1	2	3	5	3	3	4	2	4	3	2	5	3	59	
9	5	2	5	4	2	1	5	5	1	2	1	5	5	5	1	2	5	5	61	
10	2	1	4	4	4	2	4	3	3	4	3	1	4	4	4	4	4	4	59	
11	3	3	2	2	5	2	3	5	4	1	1	3	4	2	2	1	1	3	47	
12	5	2	4	1	5	4	5	2	2	5	1	2	2	2	1	5	4	2	54	
13	4	4	5	4	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	3	4	68	
14	3	5	5	5	3	3	5	1	1	3	4	4	4	5	5	5	5	5	71	
15	2	4	5	2	5	2	2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	75	
16	1	3	2	5	1	4	5	5	5	3	5	5	5	5	4	4	5	4	71	
17	3	1	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	80	
18	5	4	1	4	4	2	3	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	71	
19	4	2	4	3	5	3	3	2	2	4	4	3	2	4	3	4	4	3	59	
20	3	5	5	4	5	2	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	78	
	1.71315789	1.95789474	1.78947368	1.74736842	1.35789474	1.27368421	0.97631579	1.39736842	1.81842105	1.71315789	1.83947368	1.29210526	1.50263158	1.04210526	1.69473684	2.11578947	1.50263158	1.32631579	102.407895	

### COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Reemplazando valores, resulta:

Para el cuestionario de conocimientos:

$$\alpha = \left( \frac{18}{17} \right) \left( 1 - \frac{28.06}{102.41} \right) = 0.77$$

Por lo tanto el instrumento es altamente confiable.

## ANEXO “G”

### MATRIZ DE DATOS GENERALES Y CONOCIMIENTOS

TABLA DE MATRIZ DE DATOS - CONOCIMIENTOS																								
PROFESIONALES DE ENFERMERIA	SEXO	DIMENSIÓN FÍSICA					SUB TOTAL	DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL					SUB TOTAL	DIMENSIÓN SOCIAL					SUB TOTAL	DIMENSIÓN ESPIRITUAL			SUB TOTAL	TOTAL
		1	2	3	4	5		6	7	8	9	10		11	12	13	14	15		16	17	18		
1	M	1	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	1	3	0	1	1	2	13
2	F	0	1	1	1	0	3	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	3	0	1	0	1	8
3	F	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	0	1	1	2	14
4	M	1	1	1	1	0	4	0	1	1	1	1	4	1	1	0	1	1	4	1	1	0	2	14
5	F	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	13
6	F	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	3	1	0	0	1	0	2	1	1	1	3	9
7	F	0	0	1	1	1	3	1	0	0	1	0	2	1	1	1	1	1	5	0	1	0	1	11
8	M	0	1	1	1	0	3	1	1	1	1	0	4	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	9
9	M	1	1	1	0	0	3	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	13
10	F	0	1	1	1	1	4	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	16
11	F	0	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	1	2	0	0	1	1	8
12	F	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	14
13	F	0	1	0	1	1	3	0	0	1	1	1	3	1	1	1	0	0	3	0	1	0	1	10
14	F	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	14
15	F	0	1	1	1	1	4	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	9
16	F	0	1	1	0	0	2	0	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	4	1	1	1	3	12
17	F	1	1	0	1	1	4	0	1	1	1	1	4	0	1	1	0	1	3	1	0	1	2	13
18	M	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	3	0	1	0	0	1	2	1	1	0	2	8
19	F	1	1	1	0	0	3	1	1	1	0	1	4	0	1	1	1	1	4	1	1	1	3	14
20	F	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	1	4	0	1	1	0	1	3	1	1	0	2	11
21	F	0	0	1	1	1	3	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1	8
22	F	1	0	0	1	1	3	1	1	1	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	9
23	F	1	0	1	1	0	3	1	1	0	1	1	4	1	0	0	1	1	3	1	1	0	2	12
24	F	1	1	0	1	0	3	0	1	0	1	1	3	1	1	0	1	1	4	1	1	1	3	13

25	F	1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	1	0	0	1	11
26	F	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	1	4	1	1	0	1	1	4	1	1	1	3	13
27	F	1	1	0	0	1	3	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	0	1	1	2	13
28	F	0	1	1	1	0	3	1	0	0	1	0	2	0	1	1	1	0	3	0	1	1	2	10
29	M	1	0	0	1	0	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	15
30	M	0	1	1	1	0	3	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	10
31	F	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	0	1	0	0	0	1	1	0	1	2	10
32	F	1	1	0	1	1	4	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	15
33	M	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	0	1	0	1	10
34	F	0	1	1	1	0	3	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	8
35	F	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	1	3	0	1	0	1	0	2	1	1	1	3	10
36	F	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	0	3	1	1	1	3	13
37	F	0	1	1	1	0	3	1	0	1	1	1	4	1	1	0	1	1	4	1	1	1	3	14
38	M	1	1	1	0	0	3	1	0	1	1	1	4	1	1	1	0	0	3	1	1	1	3	13
39	F	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	1	1	0	2	11
40	F	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	1	4	1	1	1	3	16
41	F	1	1	0	0	1	3	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0	1	2	1	1	1	3	10
42	F	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	15
43	F	0	1	1	1	0	3	0	1	1	1	1	4	1	0	1	0	0	2	1	1	1	3	12
44	M	0	0	1	1	1	3	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	9
45	F	0	1	1	1	0	3	1	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7
46	F	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	2	1	1	0	1	0	3	1	1	0	2	9
47	F	0	0	1	0	1	2	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	13
48	F	0	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	1	4	1	1	1	3	15
49	F	1	1	0	1	1	4	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	16
50	F	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	0	2	0	1	0	1	10
51	M	1	1	1	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	7
52	F	0	1	1	0	1	3	1	0	1	1	1	4	0	0	1	1	1	3	1	1	1	3	13
53	F	0	1	1	0	0	2	1	0	1	0	1	3	1	0	1	0	0	2	1	1	0	2	9
54	F	0	0	1	1	0	2	1	0	1	1	1	4	0	1	0	0	1	2	1	1	0	2	10
55	M	1	0	1	1	0	3	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	0	2	0	1	1	2	9

## MATRIZ DE DATOS GENERALES Y ACTITUDES

TABLA DE MATRIZ DE DATOS - ACTITUD																							
PORFESIONALES DE ENFERMERÍA	SEXO	COMPONENTE COGNITIVO					SUB TOTAL	COMPONENTE AFECTIVO						SUB TOTAL	COMPONENTE CONDUCTUAL							SUB TOTAL	TOTAL
		CRENCIAS	VALORES	CONOCIMIENTO				SENSIBILIDAD			APATIA	TEMOR	ANSIEDAD		COMODIDAD	RESPONSIBILIDAD		VOCACIÓN		ACEPTACIÓN			
				1	2	3		4	5	1	2	3	4			5	6	1	2	3	4		
1	M	5	5	5	4	4	23	5	4	5	5	4	5	28	5	5	5	5	5	4	5	34	85
2	F	1	5	1	4	3	14	1	1	1	5	1	2	11	5	1	5	4	1	4	1	21	46
3	F	4	5	4	4	5	22	4	3	5	5	4	4	25	5	5	5	5	5	5	4	34	81
4	M	4	4	4	5	4	21	4	4	4	4	4	4	24	4	4	4	4	4	4	4	28	73
5	F	4	4	5	5	4	22	4	5	4	4	4	4	25	4	5	4	4	4	4	4	29	76
6	F	3	4	2	2	3	14	2	3	4	4	2	2	17	2	3	2	2	1	1	2	13	44
7	F	4	4	4	4	4	20	2	4	4	4	4	4	22	4	4	4	4	4	2	4	26	68
8	M	2	3	3	1	3	12	1	2	3	5	3	3	17	4	2	4	3	2	5	3	23	52
9	M	4	5	5	4	5	23	1	5	5	5	2	1	19	5	5	5	1	2	5	5	28	70
10	F	3	4	4	4	4	19	2	4	3	3	4	3	19	4	4	4	4	4	4	4	28	66
11	F	3	3	2	2	5	15	2	3	5	4	1	1	16	3	4	2	2	1	1	3	16	47
12	F	5	2	4	5	2	18	4	5	2	2	5	5	23	2	2	2	1	5	4	2	18	59
13	F	4	4	5	4	3	20	4	4	4	4	4	4	24	4	4	4	4	4	3	4	27	71
14	F	4	5	5	5	3	22	3	5	5	3	3	4	23	4	4	5	5	5	5	5	33	78
15	F	5	5	5	2	5	22	2	2	5	5	5	5	24	4	5	5	5	5	4	5	33	79
16	F	5	5	5	5	5	25	4	5	5	5	3	5	27	5	5	5	4	4	5	4	32	84
17	F	5	5	5	5	5	25	4	4	5	5	5	5	28	4	5	5	5	5	4	5	33	86
18	M	5	4	5	4	4	22	2	3	4	4	4	5	22	4	4	4	5	5	4	5	31	75
19	F	4	2	4	3	2	15	3	3	2	2	4	4	18	3	2	4	3	4	4	3	23	56
20	F	4	5	5	4	5	23	2	4	4	5	5	4	24	5	4	5	4	5	5	4	32	79
21	F	2	1	1	2	2	8	4	3	4	4	5	3	23	3	4	5	2	5	2	4	25	56
22	F	5	1	5	4	1	16	1	1	2	2	3	2	11	3	1	4	4	2	3	4	21	48
23	F	4	4	4	2	4	18	2	3	4	4	4	4	21	4	4	4	4	4	4	3	27	66
24	F	4	5	5	5	5	24	3	3	5	5	5	3	24	3	5	5	5	3	2	3	26	74
25	F	2	4	3	2	4	15	3	2	4	4	2	4	19	4	4	4	3	4	4	2	25	59

26	F	3	4	4	4	2	17	3	2	2	2	2	4	15	4	2	2	3	2	4	4	21	53
27	F	2	4	2	2	2	12	4	3	4	3	5	3	22	3	4	2	5	5	2	4	25	59
28	F	4	4	4	4	4	20	4	4	4	3	4	4	23	4	4	2	4	4	4	4	26	69
29	M	4	4	5	4	4	21	4	4	4	5	4	4	25	4	4	5	4	4	4	4	29	75
30	M	4	4	5	4	4	21	2	4	4	4	4	3	21	4	4	2	3	4	4	4	25	67
31	F	1	5	4	1	4	15	3	4	4	3	3	1	18	3	4	4	4	4	4	4	27	60
32	F	4	5	5	2	5	21	4	5	5	5	5	4	28	4	5	5	5	5	4	5	33	82
33	M	3	3	4	2	4	16	1	3	4	3	2	2	15	4	4	4	2	2	4	2	22	53
34	F	1	3	1	1	3	9	1	2	4	1	1	1	10	5	4	4	1	1	4	3	22	41
35	F	3	4	2	2	3	14	1	3	4	4	2	2	16	4	3	2	2	1	1	4	17	47
36	F	1	5	4	1	1	12	1	2	5	4	4	4	20	4	4	5	4	4	4	5	30	62
37	F	4	4	4	4	5	21	2	5	5	5	5	5	27	4	4	4	4	5	5	4	30	78
38	M	1	5	3	1	3	13	1	1	4	4	3	1	14	3	5	5	2	1	3	3	22	49
39	F	5	4	4	5	4	22	4	5	4	1	5	4	23	3	5	4	2	2	4	2	22	67
40	F	3	5	5	4	5	22	2	5	5	4	4	4	24	4	5	3	3	3	4	3	25	71
41	F	4	1	1	4	1	11	2	4	5	4	1	4	20	5	5	5	5	5	4	4	33	64
42	F	4	5	5	4	5	23	2	4	5	3	5	3	22	5	5	5	5	5	4	4	33	78
43	F	3	4	4	3	4	18	2	4	4	4	3	4	21	5	4	4	4	5	4	4	30	69
44	M	1	2	1	4	3	11	1	1	4	5	1	2	14	2	1	5	4	1	4	1	18	43
45	F	4	5	4	1	5	19	5	1	5	5	4	4	24	5	5	5	4	5	5	5	34	77
46	F	2	4	4	4	4	18	4	3	4	4	4	3	22	4	4	4	4	2	4	4	26	66
47	F	4	5	1	4	5	19	3	4	5	5	4	4	25	1	5	5	4	4	4	4	27	71
48	F	4	4	4	2	4	18	4	4	4	3	4	4	23	4	4	4	4	4	4	4	28	69
49	F	3	5	5	5	5	23	4	4	5	4	4	5	26	5	5	5	5	5	5	5	35	84
50	F	3	4	5	4	4	20	4	4	4	4	3	5	24	1	4	4	4	3	4	4	24	68
51	M	2	3	3	1	5	14	1	4	5	5	3	2	20	3	2	2	1	2	3	3	16	50
52	F	4	4	4	4	3	19	2	4	4	4	4	4	22	5	5	5	4	4	4	4	31	72
53	F	4	4	4	4	4	20	1	4	4	4	4	4	21	4	4	4	4	5	4	4	29	70
54	F	4	4	2	4	4	18	2	4	4	4	4	4	22	4	4	4	4	4	4	4	28	68
55	M	2	3	4	1	1	11	1	2	4	3	4	2	16	2	1	5	1	3	5	5	22	49

**ANEXO “H”**

**ESTABLECIMIENTO DEL VALOR FINAL**

**MEDICION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO**

Se utilizó el valor promedio a fin de establecer la clasificación de la variable conocimientos.

Dónde:

Promedio: 9

Conocen = 10 a 18

No conocen = 0 a 9

TABLA DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO

CONOCIMIENTO	Profesionales de enfermería	
	NUMERO	%
CONOCE	40	73%
NO CONOCE	15	27%
TOTAL	55	100%

**CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION FISICA**

Se utilizó el valor promedio a fin de establecer la clasificación de la variable conocimientos.

Dónde:

Promedio: 2.5



Conocen = 3 a 5

No conocen = 1 a 2

### **CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION PSICOEMOCIONAL**

Se utilizó el valor promedio a fin de establecer la clasificación de la variable conocimientos.

Dónde:

Conocen = 3 a 5

No conocen = 1 a 2

### **CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION SOCIAL**

Se utilizó el valor promedio a fin de establecer la clasificación de la variable conocimientos.

Dónde:

Conocen = 3 a 5

No conocen = 1 a 2

### **CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION ESPIRITUAL**

Se utilizó el valor promedio a fin de establecer la clasificación de la variable conocimientos.

Dónde:

Conocen = 2 a 3

No conocen = 1

**ANEXO “I”**  
**ESTABLECIMIENTO DEL VALOR FINAL**  
**MEDICION DE LA VARIABLE ACTITUDES**

Para la clasificación de la variable actitud de las enfermeras del servicio de medicina se utilizó Stanones, realizando el procedimiento de la siguiente manera:

1. Cálculo de X promedio

$$X = 65.6$$

2. Cálculo de la Desviación Estándar

$$DS = 12.3$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 65.6 - 0.75 (12.3)$$

$$b = 46.82 + 0.75 (7.02)$$

$$a = 56$$

$$b = 75$$

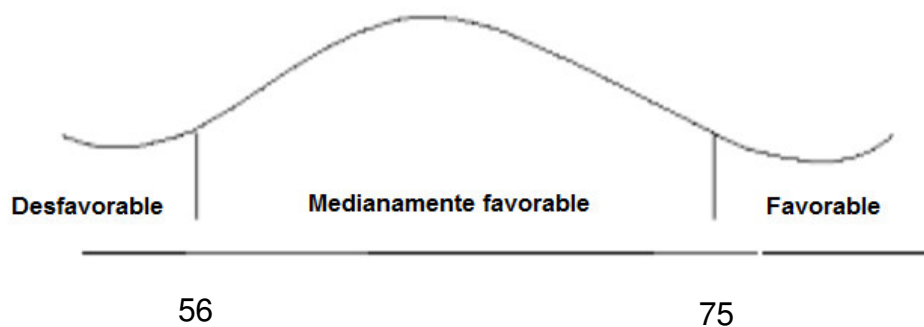


TABLA DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE ACTITUD

ACTITUD	Estudiantes de enfermería	
	NUMERO	%
ACEPTACIÓN >75	13	24%
INDIFERENCIA 56 - 75	29	52%
RECHAZO < 56	13	24%
TOTAL	55	100%

### CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION: COMPONENTE COGNITIVO

1. Cálculo de X promedio

$$X = 18.1$$

2. Cálculo de la Desviación Estándar

$$DS = 4.3$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 18.1 - 0.75 (4.3)$$

$$b = 18.1 + 0.75 (4.3)$$

$$a = 15$$

$$b = 21$$

Dónde:

Aceptación= > 21

Indiferencia= 15 - 21

Rechazo= < 15

## **CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION: COMPONENTE AFECTIVO**

2. Cálculo de X promedio

$$X = 21$$

4. Cálculo de la Desviación Estándar

$$DS = 4.4$$

5. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 21 - 0.75 (4.4)$$

$$b = 21 + 0.75 (4.4)$$

$$a = 18$$

$$b = 24$$

Dónde:

Aceptación= >24

Indiferencia= 18 - 24

Rechazo= < 18

## **CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION: COMPONENTE CONDUCTUAL**

1. Cálculo de X promedio

$$X = 26.5$$

2. Cálculo de la Desviación Estándar

$$DS = 5.3$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = X + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 26.5 - 0.75 \text{ (5.3)}$$

$$b = 26.5 + 0.75 \text{ (5.3)}$$

$$a = 23$$

$$b = 30$$

Dónde:

Aceptación= > 30

Indiferencia= 23 - 30

Rechazo= < 23

**ANEXO “J”**

**TABLA Nº 1**

**SEXO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL  
NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA – PERÚ  
2017**

CONOCIMIENTO	Profesionales de enfermería	
	NUMERO	%
FEMENINO	43	78%
MASCULINO	12	22%
TOTAL	55	100%

**ANEXO “K”**

**TABLA Nº 2**

**AÑOS DE SERVICIO DEL PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA  
DEL NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA – PERÚ  
2017**

CONOCIMIENTO	Profesionales de enfermería	
	NUMERO	%
1 - 3 años	24	44%
4 - 6 años	19	35%
7 años a más	12	21%
TOTAL	55	100%

## ANEXO “L”

**TABLA GENERAL DE RESULTADOS OBTENIDOS DEL  
CUESTIONARIO REALIZADO A LAS ENFERMERAS  
DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA – PERÚ  
2017**

DIME NSION ES	ITEMS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
DIMENSIÓN FÍSICA	¿Qué tratamiento se podría usar para aliviar el dolor del paciente terminal?	28	51%	27	49%	55	100
	¿Qué tipo de cuidado es el adecuado para la alimentación en el paciente terminal?	42	76%	13	23%	55	100
	¿Qué cuidado se debe brindar en un proceso de disnea?	31	56%	24	44%	55	100
	¿Cuál es la acción de enfermería adecuada ante el estreñimiento?	27	49%	28	51%	55	100
	Las intervenciones de enfermería para evitar el riesgo de deterioro de la integridad cutánea están orientadas a:	17	31%	38	69%	55	100
DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL	¿Cuándo la enfermera identifica que su paciente con enfermedad terminal se encuentra triste, su principal cuidado será?	34	62%	21	38%	55	100
	Para controlar la ansiedad del paciente con enfermedad terminal la enfermera deberá:	32	58%	23	42%	55	100
	Si el paciente con enfermedad terminal se encuentra hostil y no colabora con su cuidado, la enfermera deberá:	37	67%	18	33%	55	100



	¿Qué acción realizaría para ayudar al paciente a superar el sentimiento de miedo?	42	76%	13	24%	55	100
	¿Qué acción realizaría para promover la autoestima del paciente con enfermedad terminal?	46	84%	9	16%	55	100
DIMENSIÓN SOCIAL	Para entablar una adecuada comunicación con el paciente con enfermedad terminal la enfermera deberá:	32	58%	23	42%	55	100
	Para promover la participación de la familia en el cuidado, la enfermera deberá:	40	73%	15	27%	55	100
	¿Qué acciones de enfermería realizaría hacia familia del paciente con enfermedad terminal?	34	62%	21	38%	55	100
	En los cuidados paliativos el objetivo de la comunicación será	34	62%	21	38%	55	100
	Para promover la recreación y el ocio en el paciente con enfermedad terminal la enfermera deberá:	36	65%	19	35%	55	100
DIMENSIÓN ESPIRITUAL	Para mostrar respeto a las creencias del paciente terminal la enfermera deberá:	38	69%	17	31%	55	100
	¿Qué acción debe realizar la enfermera para brindar apoyo espiritual?	46	84%	9	16%	55	100
	¿Qué acción debe realizar la enfermera para evitar el sufrimiento espiritual del paciente terminal?	35	64%	20	36%	55	100

## ANEXO “M”

**TABLA GENERAL DE RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO ESCALA  
TIPO LIKER REALIZADO A LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE  
MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
LIMA – PERÚ  
2017**

Nº	AFIRMACIONES	MA		A		NA/ND		D		MD	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Considero innecesario involucrarme con las creencias religiosas del paciente terminal, si no son las mismas que las mías.	6	11%	7	13%	10	18%	24	43%	8	15%
2.	Me interesa saber cómo afronta el paciente terminal su estado de salud.	3	5%	3	5%	6	11%	24	43%	19	36%
3.	Considero que enfermería puede intervenir muy poco en el proceso emocional del paciente terminal.	6	11%	5	9%	4	7%	21	38%	19	35%

4.	No conozco nuevas técnicas de cuidados paliativos para brindar a los pacientes terminales una muerte digna.	8	15%	11	20%	2	4%	25	45 %	9	16 %
5.	Me siento preparada para dar apoyo espiritual al paciente terminal.	16	29%	20	36%	10	18 %	5	9%	4	7%
6.	Me frustra saber que los cuidados no mejoran el estado de salud del paciente terminal.	13	24%	16	29%	7	13 %	17	31 %	2	4%
7.	Me incomoda contar con presencia dela familia del paciente terminal pues suelen presionar dificultando el cuidado.	5	9%	7	13%	12	22 %	22	40 %	9	16 %
8.	Me da gusto brindar durante mi atención, buenos ánimos al paciente terminal evitando que se deprima.	19	35%	29	53%	2	4%	4	7%	1	2%
9.	En el trabajo con pacientes terminales no se hace presente mi entusiasmo y esmero.	2	4%	4	7%	9	16 %	23	42 %	17	31 %
10.	El brindar cuidados a pacientes terminales me genera temor porque se instala en mis sentimientos la idea de sufrimiento ante nuestra propia muerte	5	9%	6	11%	9	16 %	24	43 %	11	20 %

11.	El saber que va estar bajo mi cuidado un paciente que va a morir me resulta estresante por su complejo estado de salud.	5	9%	8	15%	8	15%	25	45%	9	16%
12.	Me resulta agradable saber que facilito el reposo, la relajación y la satisfacción del paciente terminal.	13	24%	26	47%	10	18%	4	7%	2	4%
13.	Valoro el dolor del paciente terminal y sus características.	18	33%	26	47%	2	4%	5	9%	4	7%
14.	Superviso que el personal técnico de enfermería brinde la adecuada atención al paciente terminal.	23	42%	22	40%	1	2%	9	16%	0	0%
15.	Me incomoda dedicar más tiempo del necesario en la atención del paciente terminal.	5	9%	7	13%	6	11%	25	45%	12	22%
16.	Considero a la atención del paciente terminal como una sobrecarga laboral.	7	13%	8	15%	4	7%	18	32%	18	32%
17.	Me siento preparada para afrontar la situación de muerte del paciente terminal.	10	18%	34	62%	4	7%	4	7%	3	6%
18.	Me incomoda que el paciente terminal no siempre se encuentra lúcido.	2	4%	5	9%	9	16%	28	51%	11	20%